



80, ch du Grand Roule F - 69110 Ste-Foy-les-Lyon

Tel: + 33 (0)4 78 86 61 90 - fax: + 33 (0)4 78 86 61 98 - Web : www.islyon.org - e-mail : info@islyon.org

Ecole privée hors contrat

Medical record – Doctor's Information

Informations médicales – partie du médecin

To be completed by a doctor after the child's physical examination

À remplir par un médecin après examen de l'enfant

Height *Taille* _____ Weight *Poids* _____ Eyesight *Vue* _____

General State of Health _____

Etat de santé général

Doctor's Recommendations - if any _____

Recommandations du médecin (si applicable)

Vaccinations and Immunizations *vaccins et immunisations*

Parents are requested to keep all vaccinations and immunizations up-to-date as indicated by the physician, with special attention to the tetanus booster (in case of accidents at school).

Les parents sont priés d'assurer que tous les vaccins et immunisations sont à jour comme indiqué par le médecin, en particulier les rappels contre le tétanos (en cas d'accident à l'école).

	DATE	BOOSTER <i>Rappel</i>	BOOSTER <i>Rappel</i>
Diphtheria / Tetanus / Whooping cough <i>Diphtérie / Tétanos / Coqueluche</i>			
Tetanus <i>Tétanos</i>			
Poliomyelitis <i>Poliomyélite</i>			
Measles <i>Rougeole</i>			
German Measles <i>Rubéole</i>			
Small Pox <i>Variole</i>			
Cholera <i>Choléra</i>			
B.C.G. <i>B.C.G.</i>			

Doctor's name _____ Address _____

Nom du Médecin

Telephone _____

Doctor's Signature _____ Date _____

Signature du Médecin

The revers side of this form must be completed by the child's primary caregivers
Le recto de ce formulaire doit être rempli par les représentants légaux de l'enfant