

ECOLE FRANÇAISE BILINGUE
2 FISHER ROAD - GREENVILLE SC 29615 - USA
TEL: 1 (864) 268-5600
FAX: 1 (864) 268-9144
EMAIL: principal@efbgreenville.org

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
HEALTH INFORMATION

• **Student's name :** _____
(Nom et prénom de l'élève)

Date of birth: . _____
(Date de naissance)

• **Medical situation of the student:** *(Précisez toutes les difficultés de l'enfant)*

Asthma
(Asthme)

Diabetic
(Diabète)

Epilepsy
(Crises d'épilepsie)

Allergies
(Allergies)

Others *(Autres):*

Is the student under medical treatment?

(L'enfant suit-il un traitement particulier?)

Any medicines to be avoided?

(Médicaments déconseillés à l'enfant)

Any other medical information concerning the student?

(Autres renseignements particuliers?)

• **Doctor's name and address:**

(Nom et adresse de votre médecin)

Phone number : _____

(téléphone)

Medical insurance and policy number:

(Assurance médicale: groupe et numéro)

Legal guardian's Social Security number

(Numéro de Sécurité Sociale du père ou de la personne légalement responsable)

⇒ **Please attach copies of immunizations record, Social Security card and Medical insurance card.**

(Joindre une copie des vaccinations à jour, de la carte de Sécurité Sociale et de la carte de l'Assurance médicale)

Date: _____

Signature: _____