



**ÉCOLE FRANÇAISE ARTHUR RIMBAUD**  
**FRENCH SCHOOL SOCIETY**  
 (Cert. of Reg. SO 7351 8<sup>th</sup> Feb 1993)  
 Masaki, Plot 282, Mawenzi Road  
 Oysterbay, Plot 341/A, Msasani Road  
 P.O. BOX 2183  
 DAR ES SALAAM – TANZANIA



Téléphone : +255 222 602 970 - Portable : +255 744 399 343  
 Email : [headoffice@frenchschooltanzania.org](mailto:headoffice@frenchschooltanzania.org)  
 Internet : <https://www.frenchschooltanzania.org>

**FICHE SANITAIRE DE L'ÉLÈVE - ANNÉE SCOLAIRE 2022 – 2023 –  
 PARTIE VIE SCOLAIRE**

**ÉLÈVE – ATTENTION : Données d'identités conformes au passeport en cours de validité (>6 mois)**

Nom de famille :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Classe :

**BESOINS PARTICULIERS (à ne remplir que si l'enfant est concerné)**

Projet d'accompagnement : (PAI, PAP, PPRE...)*	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
Allergie(s) :	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Précisez : .....
En cas de handicap ou de maladie invalidante, votre enfant a-t-il/aura-t-il besoin d'un adulte accompagnant (auxiliaire de vie scolaire) ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	

\*PAI : projet d'accueil individualisé (obligatoire en cas de maladie chronique telle qu'asthme, allergie, diabète, et toute maladie nécessitant une prise en charge sur le temps scolaire)

\*PAP : projet d'accompagnement personnalisé (mis en place en cas de difficultés d'apprentissages tels que dysgraphie, dyslexie...)

\*PPRE : projet personnel de réussite éducative (proposé par l'école, contrat entre l'école, l'élève et la famille pour aider l'élève à progresser avec des objectifs très spécifiques)

Date :

Signatures des représentants légaux

**FICHE SANITAIRE DE L'ÉLÈVE - INFORMATIONS NÉCESSAIRES EN CAS D'URGENCE – Partie confidentielle 2021-22**Médecin traitant à Dar es  
Salaam :

Téléphone :

Adresse :

Courriel :

**Centre hospitalier / clinique où vous désirez que votre enfant soit transporté en cas d'urgence**

Nom :

Téléphone :

Adresse :

En cas d'absence d'informations ou si les informations ici données ne sont pas claires, l'enfant sera dirigé soit vers la clinique *Premier Care* du Dr Pierre Bervas, soit vers l'hôpital *Aga Khan*.

**PROBLÈME DE SANTÉ CONNUS****Informations médicales importantes qui doivent être portées à notre connaissance**

Groupe sanguin :

Allergies :

Asthme :

Vaccinations : Joindre une copie du carnet de vaccination

L'enfant doit-il porter des lunettes en classe ?

Oui

Non

L'enfant fait-il ou fera-t-il l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) \*

Si oui, demandez un formulaire à l'administration

Oui

Non

\*PAI : projet d'accueil individualisé (obligatoire en cas de maladie chronique telle qu'asthme, allergie, diabète, et toute maladie nécessitant une prise en charge sur le temps scolaire)

Observations diverses concernant le comportement, la sensibilité de l'enfant, qui seront utiles pour l'enseignant :

Date :

**Signatures des représentants légaux**