

A joindre à l'inscription dans un pli fermé adressé au service médical

Ecole Européenne Luxembourg I
23, Boulevard Konrad Adenauer
L-1115 Luxembourg

Ecole Européenne Luxembourg II
1, rue Richard Coudenhove-Kalergi
L-1359 Luxembourg



SERVICE MEDICO-SCOLAIRE

**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL À REMPLIR ET À RETOURNER
ACCOMPAGNE DE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION**

DONNEES PERSONNELLES

NOM de l'enfant : PRENOM :

DATE de naissance : LIEU de naissance :

NATIONALITE : SEXE : Masc. Fem.

ADRESSE :

NOM de la personne responsable :

ADRESSE :

NOM du médecin traitant :

CONTACTS IMPORTANTS

Tel Mère : Privé :

Bureau :

GSM :

Tel. Père : Privé :

Bureau :

GSM :

Numéro d'une autre personne que nous pouvons contacter en cas d'accident ou maladie et qui peut éventuellement venir chercher votre enfant.

Nom :

Tel : Privé :

Bureau :

GSM :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

PERE

Nom :PRENOM.....

DATE de naissance :LIEU de naissance :

PROFESSION :ETAT de santé :

TAILLE : cm

MERE

Nom :PRENOM.....

DATE de naissance :LIEU de naissance :

PROFESSION :ETAT de santé :

TAILLE : cm

FRERES ET SCEURS

Nom et prénoms	Lieu et date de naissance	Etat de Santé

ANTECEDENTS DE L'ENFANT

Circonstances concernant la naissance et le développement

L'enfant est-il né à terme ? oui/non

Avant terme ? oui/non

Après terme ? oui/non

L'enfant a-t-il dû être réanimé? oui/non

A-t-il eu des difficultés respiratoires, digestives ou autres ? oui/non

A-t-il présenté une malformation à la naissance ? oui/non

Si oui, laquelle.....

Poids à la naissance.....Taille à la naissance.....

Votre enfant a-t-il marché seul à 18 mois ? oui/non

Votre enfant souffre-t-il:

D'un trouble de langage ? oui/non

D'un retard de développement ? oui/non

D'hyperactivité ? oui/non

De problèmes psychologiques et/ou de comportement ? oui/non

D'un syndrome particulier ? oui/non

D'autres problèmes que ceux cités ci-dessus ? oui/non

.....

Maladies infectieuses

Votre enfant a-t-il eu une des maladies suivantes ? Si oui, veuillez indiquer la date :

Rougeole : Méningite virale ou bactérienne :

Rubéole : Hépatite virale :

TRAITEMENTS EN COURS

Votre enfant est-il actuellement traité(e) à l'aide de médicaments ? oui/non
Si oui, lesquels.....
.....

Est-il traité par kinésithérapie ? (Rééducation orthopédique) oui/non
Votre enfant a-t-il passé un contrôle chez le médecin ophtalmologue ? oui/non
Doit-il porter des lunettes ? oui/non de façon régulière ? oui/non
de façon intermittente ? oui/non
Date du dernier contrôle :.....

Avez-vous l'impression que votre enfant entend normalement ? oui/non
Est-il en surveillance pour son audition ? oui/non

Est-il suivi par un : Psychologue ? oui/non
Orthophoniste ? oui/non

A-t-il/elle bénéficié d'un support pédagogique particulier dans la classe ou en dehors ? oui/non
A-t-il/elle bénéficié d'un programme pédagogique individuel adapté ? oui/non
Précisez si oui :.....
.....

* * *

Les données de cette fiche sont confidentielles et ne pourront pas être diffusées. Lorsque l'enfant quittera l'école, les parents pourront la retirer au service médical.

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique, nécessitant un traitement continu et/ou une surveillance accrue, n'oubliez pas d'en informer le personnel enseignant et de lui donner les instructions nécessaires.

Le service médical reste bien entendu à votre disposition.

En cas d'accident grave, pendant le temps scolaire, l'enfant sera conduit aux urgences par des professionnels de santé. Les parents seront immédiatement avertis de la situation par l'école.

Certifié sincère,

Date :.....Signature des parents :.....

.....