



Secondaire : Mme Daggy Ries
Maternel et Primaire : Mme Fabienne Schlim et Mme Heidi Glente

Photo de l'enfant

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.

Cycle : Classe : Section linguistique :

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 : Gsm : Bureau.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

PERE

Nom :PRENOM.....

DATE de naissance :LIEU de naissance :

PROFESSION :ETAT de santé :

TAILLE (en cm)

MERE

Nom :PRENOM.....

DATE de naissance :LIEU de naissance :

PROFESSION :ETAT de santé :

TAILLE (en cm):

FRERES ET SCEURS

Nom et prénoms	Lieu et date de naissance	Etat de Santé

Un membre de la famille est-il décédé?:.....

Si oui, est-il décédé par accident ou par maladie?:.....

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'accouchement s'est-il fait par voie naturelle ? oui/non
Par césarienne ? oui/non
Avec forceps ? oui/non
Avec ventouse ? oui/non
L'enfant a-t-il dû être réanimé? oui/non
A-t-il eu une jaunisse peu de temps après l'accouchement ? 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 :
Varicelle :	Bronchopneumonie :
Oreillons :	Bronchite :
Scarlatine :	Otitis répétées :
Rhumatisme articulaire aigu :	Angines répétées :

Maladies chroniques, hospitalisation et traumatisme

Allergies* oui/non	Convulsions oui/non
Précisez si oui.....	Epilepsie oui/non
.....	Diabète oui/non
.....	Parasitoses : Poux oui/non
Hypersensibilités oui/non	Oxyures (vers) oui/non
Précisez si oui.....	Affection cardiaque oui/non
.....	Affection digestive oui/non
.....	Affection urinaire oui/non
Rhume des foies oui/non	Autre maladies.....
Eczéma oui/non
Asthme oui/non
Votre enfant a-t-il eu :
Des interventions chirurgicales oui/non	si oui, lesquelles ?.....
Des traumatismes : fractures oui/non	si oui, lesquelles ?.....
brûlures oui/non	si oui, lesquelles ?.....
des hospitalisations oui/non	si oui, pour quelles raisons.....

*En cas d'allergie alimentaire sérieuse, un rapport médical doit être joint au présent formulaire avec un projet d'accueil individualisé signé par le médecin traitant.

L'Ecole ne peut pas offrir de repas préparés spécifiquement pour les enfants avec des allergies alimentaires.

Nous vous informons que la responsabilité pour la préparation des repas pour les enfants avec allergies alimentaires reste avec les parents.

ETAT ACTUEL DE L'ENFANT

Votre enfant se porte-t-il bien	oui/non
Si non, de quoi se plaint-il ?.....
Parle-t-il correctement ?	oui/non
A-t-il un défaut de prononciation ?	oui/non
Bégaye-t-il ?	oui/non
Si oui, est-ce souvent ?.....
La langue parlée à la maison est-elle identique à celle parlée à l'école ?	oui/non
Est-il complètement propre concernant les urines et les selles ?	oui/non
Si non, quel trouble persiste ?.....
Dort-il bien ? oui/non	de.....à.....
Si non, quel trouble persiste ?.....
S'il s'agit d'une fille en puberté est-elle réglée ?	oui/non
Dort-il avec la bouche ouverte ? oui/non	Est-il/elle souvent triste ? oui/non
Dort-il seul dans une chambre ? oui/non	renfermé ? oui/non

Dort-il seul dans un lit ?	oui/non	anxieux ?	oui/non
Est-il nerveux ?	oui/non	indifférent ?	oui/non
Présente-t-il souvent des colères ?	oui/non	agressif ?	oui/non
Pleure-t-il souvent ?	oui/non		

Joue-t-il de préférence seul ou participe-t-il aisément à des jeux entre camarades ?

.....

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 :

.....

VACCINATIONS EFFECTUEES

Prière de joindre une copie récente de la carte de vaccinations.

* * *

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 d'un traitement continu et/ou une surveillance accrue, n'oubliez pas d'en mettre au courant le personnel enseignant et de lui donner des instructions nécessaires.

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

Certifié sincère,

Date :Signature des parents :

.....