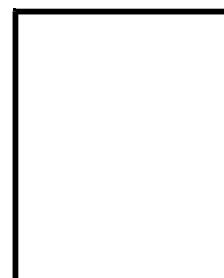


A joindre à l'inscription dans un pli fermé adressé au service médical

Ecole Européenne Luxembourg I
23, Boulevard Konrad Adenauer
L – 1115 LUXEMBOURG

Ecole Européenne Luxembourg II
6 Rue Gaston Thorn
L – 8268 BERTRANGE



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 SŒURS

| 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 :.....

Varicelle :..... Bronchopneumonie :.....

Oreillons :..... Bronchite :.....

Scarlatine :..... Otites 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

..... Affection cardiaque oui/non

Rhume des foies oui/non Affection digestive oui/non

Eczéma oui/non Affection urinaire oui/non

Asthme oui/non Autre maladies.....

.....

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.....

Est-ce que votre enfant a besoin de médicaments d'urgence à l'école ? oui/non

** En cas de problèmes de santé qui nécessitent une surveillance particulière et/ou dans l'éventualité d'une intervention d'urgence, un projet d'accueil individualisé signé par le médecin traitant ainsi que la médication nécessaire doivent être remis au service médical dès la scolarisation de l'enfant.*

Il est de la responsabilité des parents de veiller à la préparation des repas pour les enfants souffrant d'allergies.

Des repas peuvent être préparés spécifiquement pour les enfants souffrant d'allergies alimentaires. Veuillez, s'il vous plaît contacter :

- La société prestataire de service pour la cantine de Luxembourg I: Sodexo www.sodexoeducation.lu.
- La société prestataire de service pour la cantine de Luxembourg II: Eurest contact.eel2@eurest.lu ou 00352 2631 3187.

L'inscription à la cantine est de la responsabilité des 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 ?.....

Est il complètement propre concernant les urines et les selles ? (cycles maternel/primaire) oui/non

Si non, quel trouble persiste ?.....

Les enfants peuvent uniquement être admis à l'école, à condition qu'ils soient propres.

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

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 :

* * *

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.

En cas de fièvre et/ou douleurs, par la présente je demande et autorise l'infirmière de l'école à administrer :

Paracétamol Oui/Non
Ibuprofen Oui/Non

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 une ambulance et accompagné par les professionnels du service d'urgence. Les parents seront immédiatement avisés de la situation par l'école.

Le Service Médical reste bien sûr à votre disposition.

Certifié sincère,

Date :Signature des parents :

| INFIRMIERES | | |
|--|---------------------|--|
| Ecole Européenne Luxembourg I 23, Boulevard Konrad Adenauer L – 1115 Luxembourg | Maternelle | Mrs. Claudine REUTER |
| | Primaire | Mrs. Nadine FAYOLLE Mrs. Larissa MOLITOR |
| | Secondaire | Mrs. Silvia GARCIA Mrs. Nadine FAYOLLE |
| Ecole Européenne Luxembourg II 6 Rue Gaston Thorn L – 8268 Bertrange | Maternelle/Primaire | Mrs. Margarita RODRIGUEZ Mme Marjorie THIRY |
| | Secondaire | Mrs. Alexandra ROTH Mme Cathy BOURGOGNE |