



NOTE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS

Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, nous vous serions obligés de remplir le questionnaire aussi précisément que possible. Il servira

- soit à préparer un examen médical approfondi prévu pour l'élève ;
- soit à assurer un suivi de l'élève par l'infirmière entre les examens médicaux.

Nous vous remercions d'apporter cette note à la visite médicale ou de la remettre à l'établissement scolaire sous pli cacheté afin que le secret médical soit respecté.

1 IDENTITE DE L'ENFANT		ADRESSE DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL					
Nom :		_____					
Prénom :		_____					
date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		_____					
jour mois année		_____					
lieu de naissance : _____		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
commune pays		code postal commune					
Nationalité : _____		TEL : _____					
Pour les nouveaux élèves : l'enfant a-t-il bénéficié d'un examen médical scolaire		SI OUI, DANS QUELLE ECOLE ?					
<table border="1"><tr><td>oui</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>non</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
oui	<input type="checkbox"/>						
non	<input type="checkbox"/>						
		code postal commune					

3 RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT	
Naissance :	
La grossesse s'est-elle bien déroulée?	_____
L'accouchement s'est-il bien déroulé?	_____
Indiquer ici, avec leurs dates, les difficultés de santé (maladies, accidents...), les hospitalisations, opérations, rééducations	

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? S'il prend des médicaments, lesquels ?	S'il est suivi dans une consultation spécialisée, précisez le.
_____	_____

2 COMPOSITION DE LA FAMILLE			
	NOM	PRENOM	EMPLOI ACTUEL
Père	_____	_____	_____
Mère	_____	_____	_____
Responsable	_____	_____	_____
Autres enfants composant la famille (prénoms, années de naissance) :			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Y-a-t-il des problèmes de santé dans la famille ?			

4 VACCINATIONS	
Date du dernier rappel : D.T. P	R.O.R.
Autres vaccinations (Dates)	
Autres observations que vous souhaitez nous communiquer concernant la santé de votre enfant ou son adaptation à l'école _____	

Nom du médecin traitant :	
adresse :	
téléphone :	

Date : _____ Signature : _____

Noubliez pas d'apporter le carnet de santé et cette note le jour de la visite médicale.