

**Note Confidentielle de renseignements médicaux à destination de l’Infirmier(e) de l'Education Nationale**

**Afin d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, nous vous serions obligés de remplir ce questionnaire aussi précisément que possible**

**3. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT La SANTE de L'ENFANT**

Indiquer ici, avec leurs dates, les difficultés de santé (maladies, accidents...), les hospitalisations, opérations, rééducations, orthophonies, CMPP....

..........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

Actuellement :

Nom du médecin traitant :...........................................................................................

Votre enfant prend t-il des médicaments, et si oui, lesquels :

..........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

Est-il suivi : Date du dernier rendez-vous

⯈En orthophonie OUI NON ……………………………………

⯈En O.R.L. OUI NON ……………………………............

⯈ En Ophtalmologie OUI NON ……………………………………

⯈chez le dentiste OUI NON ………………………………............

⯈chez le psychologue OUI NON ……………………………………….

 (CMPP, Hôpital…)

⯈Autres (précisez)………………………..……….……………………………………

**1. IDENTITE de L'ENFANT** Pour les nouveaux élèves :

Nom :……………………………………………… L'enfant a-t-il bénéficié d'un examen de santé à

 l'école ?

Prénom : …………………………………………. OUI NON

Date de naissance : ......................................... Si oui, dans quelle école ? :

Lieu de naissance : .......................................... ………………………………………………………..

Nationalité :........................................................ ………………………………………………………..

 **2. COMPOSITION DE LA FAMILLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PERE** | **MERE** | **Responsable légal** |
| Nom |  |  |  |
| prénom |  |  |  |
| Emploi Actuel |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |  |
|  Tél. fixeTél. portable |  |  |  |

**Autres enfants composant la famille :**

Nom Prénom Date de Naissance Problèmes de Santé

Date :

Signature