

Le questionnaire suivant est confidentiel. Les informations divulguées seront uniquement connues par l'infirmière de l'établissement ainsi que par le Médecin de l'Education Nationale.

Votre enfant :

- A-t-il une pathologie particulière ?

- Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- Eczéma	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- Spasmophilie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Epilepsie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- Tétanie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Hémophilie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

- Autres (précisez) :

Si oui, a-t-il un traitement spécifique en lien avec ces pathologies ?

- Oui (précisez) :
- Non

- Souffre t-il d'une allergie ? Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles :

- A-t-il subi une intervention chirurgicale ? Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles :

- A-t-il une contre indication à la pratique de l'éducation physique et sportive ?

- Oui* Non

Si oui : Totale partielle : précisez :

***Si oui, fournir un certificat médical**

- Souffre-t-il de troubles d'apprentissage de type dyslexie : Oui Non

- A-t-il déjà bénéficié d'un suivi orthophonique ? : Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ? :

Si votre enfant est atteint d'une maladie ou d'un problème de santé susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez le signaler et prendre contact avec l'infirmière de l'établissement.



Tous les médicaments (même à prise temporaire) doivent être déposés et pris à l'infirmierie. Les élèves qui suivent un traitement fourniront une photocopie ou le double de la prescription médicale ainsi qu'une autorisation écrite des parents.

Merci d'agrafer avec cette feuille les photocopies de vaccination de votre enfant.

Date :

Signature du responsable légal :