

**Fiche de renseignements médicaux pour les enfants de GS  
à remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'enfant**

Merci de nous aider à mieux connaître votre enfant  
Vous voudrez bien mettre ce document rempli sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin de l'éducation nationale, et la donner au directeur(trice) de l'école qui transmettra au service de Promotion de la Santé en Faveur des Élèves, au nom du médecin du secteur.

**Nom du médecin de l'éducation nationale :**

**École maternelle:**

**Nom et prénom de l'élève**.....

Né(e) le : .....

Nom du père : ..... Prénom :.....

Profession :.....

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

Nom de la mère : ..... Prénom :.....

Profession : .....

Adresse : .....

Téléphone(s) : .....

Nom et coordonnées du médecin traitant : .....

**Fratrie :**

Nom et Prénom	date de naissance	Nom et Prénom	date de naissance

**1. A la naissance :**

↳ l'enfant est-il né prématuré ?      NON       OUI       si oui, précisez le terme :

↳ poids de naissance :

↳ y a-t-il eu besoin de réanimation ?      NON       OUI

↳ a-t-il été hospitalisé en néonatalogie ?      NON       OUI

**Tournez SVP**

## 2. Antécédents de la petite enfance

↳ l'enfant a-t-il déjà pris des médicaments pendant plus d' 1 mois ? : NON  OUI   
si oui , précisez :

↳ l'enfant a-t-il déjà été suivi par un spécialiste (pédiatre, pédopsychiatre, orthophoniste, psychologue, ORL,ophtalmo...) ? NON  OUI   
si oui , précisez :

↳ l'enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? NON  OUI   
si oui , précisez :

## 3. Développement de l'enfant

↳ à quel âge votre enfant a-t-il marché ?:

↳ à quel âge a-t-il associé 2 mots (exemple : « maman partie ») ?:

↳ est-il propre la nuit ? NON  OUI

↳ a-t-il des problèmes de sommeil (endormissement, terreurs ) ?: NON  OUI

↳ a-t-il des problèmes d'alimentation ?: NON  OUI  précisez :

↳ à la maison, votre enfant pose-t-il d'autres problèmes ?: NON  OUI  précisez :

↳ selon vous, votre enfant est-il bien intégré parmi les autres enfants de sa classe ? OUI  NON

## 4. Etat de santé actuel

↳ Actuellement, votre enfant prend-il des médicaments : NON  OUI  précisez :

↳ Actuellement, votre enfant est-il suivi par un spécialiste (pédiatre, pédopsychiatre, orthophoniste, psychologue, ORL,ophtalmo...) ? NON  OUI  précisez :

↳ Autres éléments que vous souhaitez porter à la connaissance du médecin scolaire :

## 5. Antécédents familiaux :

S'il vous paraît important, pour votre enfant, que le médecin scolaire connaisse d'éventuels problèmes de santé vous concernant ou concernant un grand parent, un frère, une sœur, etc... vous pouvez le préciser ci-dessous :

Fait le : .....

Signature des parents ou tuteurs légaux: