MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE

NOTE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS

SERVICE DE PROMOTION
DE LA SANTÉ
EN FAVEUR DES ÉLÈVES

Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, nous vous serions obligés de remplir de 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 IDENTITÉ DE L'ENFANT

ELÈVE nom : _____

prénom : _____

date de naissance : ___ ___ ___ (jour mois année)

lieu de naissance : _____ (commune pays)

nationalité : _____

Pour les nouveaux élèves :
l'enfant a-t-il bénéficié d'un examen médical scolaire ? oui ☐ non ☐

ADRESSE DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LÉGAL

TÉL : ----------

code postal commune

SI OUI, DANS QUELLE ÉCOLE ?

---

code postal commune

2 COMPOSITION DE LA FAMILLE

	nom	prénom	emploi actuel
Père			
Mère			
Responsable légal			

Autre enfants composant la famille (prénoms, année de naissance) :

_____

_____

_____

Y-a-t-il des problèmes de santé dans la famille ?

_____

_____

_____

3 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquer ici, avec leurs dates, **les difficultés de santé** (maladies, accident...), les hospitalisations, opérations, rééducations (seulement depuis le dernier examen médical pour les élèves déjà examinés par le médecin scolaire) :

_____

_____

_____

_____

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? _____

S'il prend des médicaments, lesquels ? _____

_____

_____

S'il est suivi dans une consultation spécialisée, indiquer laquelle ? _____

_____

Nom du médecin traitant : _____

4 VACCINATIONS

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations ? oui ☐ non ☐

Date du dernier rappel : D.T. _____ Polio _____

Autre vaccinations ou rappels _____

Dates : _____

Autres observations que vous souhaitez nous communiquer, relatives à l'élève, concernant sa santé ou son adaptation à l'école :

_____

_____

_____

Date : _____ *Signature :*

W 226-2 PAO