

ANNEE SCOLAIRE 2009/2010

CONTROLE MEDICAL SCOLAIRE

Renseignements fournis à titre confidentiel par la famille de l'élève au médecin scolaire
Remplir ce questionnaire aussi soigneusement que possible dans l'intérêt de l'élève.

Classe de _____

Nom de l'élève _____ Prénoms _____

Date et lieu de naissance _____

Nationalité (s) _____ Sexe M F

Adresse _____ Cap _____ Ville _____

Téléphone domicile _____ portable père _____ portable mère _____

Profession du père _____

Profession de la mère _____

Frères et sœurs: Nombre _____
Age _____
Etat de santé _____

Y a-t-il des maladies héréditaires dans la famille? Oui Non

Y a-t-il eu des problèmes à la naissance? _____

Poids à la naissance? _____ Kg

A quel âge a-t-il commencé à marcher? _____
prononcé les premiers mots? _____
été propre _____

A-t-il encore des incontinenances nocturnes? Oui Non

Pour les filles, indiquer s'il y a lieu, la date de l'apparition des premières règles: _____

L'enfant a-t-il un régime alimentaire normal? Oui Non

Préciser les éventuelles allergies alimentaires: _____

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes et à quelle date?

Rougeole _____ coqueluche _____ scarlatine _____

Broncho-pneumonie _____ angine _____ otite _____

Varicelle _____ diphtérie _____ oreillons _____

Bronchite _____ rubéole _____ typhoïde _____

Convulsions _____ pneumonie _____ asthme _____

Poliomyélite _____ autres _____

Souffre-t-il d'allergies? Médicamenteuses _____ Autres _____

Si oui lesquelles _____

A-t-il été gravement accidenté?

Oui (spécifier) _____ Non

A-t-il subi des opérations chirurgicales

Oui (spécifier) _____ Non

A-t-il des défauts de vision?

Oui

Non

Myopie? _____ Hypermétropie? _____ Astigmatisme? _____

Strabisme ? _____ Porte-t-il des lunettes? _____

Vaccinations:

Fournir photocopie du carnet de vaccinations ou du "certificat de vaccinations"

Si certains vaccins n'ont pas été faits, préciser pourquoi: _____

A-t-il été vacciné par le BCG? _____

Si oui à quelle date? _____

Cuti-réaction : dates et résultats: _____

Si l'enfant a subi d'autres vaccinations, en préciser les dates: _____

Nom et adresse du médecin traitant: _____

Nom et adresse du répondant _____

Quelles remarques avez-vous faites:

- sur son état de santé habituel? _____

- sur son comportement envers ses frères et ses sœurs, ou envers les enfants de son âge: _____

Rome le _____

Ce questionnaire ne peut être consulté que par le médecin scolaire ou ses auxiliaires astreints au secret médical.