

FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS

À RENDRE sous ENVELOPPE (usage exclusif de la médecine scolaire)
 accompagnée du Carnet de Santé

Nous insistons sur la confidentialité de ces informations qui seront exclusivement consultées par le personnel médical

NOM de l'élève : Prénom :
 Date de naissance :/...../..... Adresse :
 Lieu de naissance :

Votre enfant a-t-il des difficultés à s'endormir ? Oui / Non

Se réveille-t-il souvent la nuit ? Oui / Non

Ronfle-t-il la nuit ? Oui / Non

Prend-il un petit-déjeuner ?

Mange-t-il de tout ?

Mange-t-il à la restauration scolaire ? Oui / Non A quelle fréquence ?

Age des premiers mots ?

Difficultés durant la petite enfance ?

Difficultés de comportement en famille ou à l'extérieur ?

Diriez-vous qu'il est maladroit ? Oui / Non

Votre enfant a-t-il été hospitalisé (opérations, maladies...) ?

Votre enfant est-il suivi par un médecin spécialiste (précisez) ?

Prend-il un traitement médical régulier (précisez) ?

Est-il suivi par un professionnel de santé ? À quelle fréquence?
 orthophoniste - psychologue - psychomotricien - orthoptiste – kinésithérapeute...

Autres observations relatives à l'élève (santé, scolarité) que vous souhaitez nous communiquer :

Merci d'indiquer vos coordonnées téléphoniques, pour vous joindre après la visite, si besoin de renseignements complémentaires.

Parents	Nom	Prénom
Mère		
Tél. domicile / portable		
Père		
Tél. domicile / portable		
Fratrie (frères et sœurs)	Année naissance	
Autres personnes vivant au foyer		

L'enfant vit-il avec (entourer la mention utile) :

ses deux parents - un seul de ses parents - en famille d'accueil

En dehors des horaires scolaires reste-t-il (entourer la mention utile) :

à la maison - à la garderie - chez la nourrice - autre à préciser

Quelles activités sportives ou artistiques pratique-t-il?

Y-a-t-il des problèmes de santé importants dans la famille (parents, fratrie) ?

Y-a-t-il des dyslexiques dans la famille (parents, fratrie) ? Oui / Non

Date :/...../.....

Signature :