

**Note confidentielle de renseignements pour le dossier de médecine scolaire**

Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de votre enfant, nous vous remercions de remplir précisément ce questionnaire.

**IDENTITE DE L'ENFANT**

**Nom :** ..... **Adresse où vit l'enfant (noter les 2 si garde alternée)**  
**Prénom :** .....  
**Date de naissance :** .....  
**École :** .....  
**Classe :** ..... **Tel :** .....

**A-t-il un suivi ?**  ORL  Ophtalmologie  Orthophonie  Orthoptie  
 Psychomotricité  Psychologie  Ergothérapie  Orthodontie  
 Autre ? Précisez : .....  
.....

**COMPOSITION DE LA FAMILLE**

Nom	Prénom	Emploi actuel
PARENT 1	.....	.....
PARENT 2	.....	.....
Si séparation, préciser où réside l'enfant	.....	.....
Frères et sœurs (Nom, Prénom, année de naissance)	.....	.....
Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille ?	.....	.....

**A-t-il un aménagement à l'école ?**  PAI  PPS  PPRE  AESH, combien d'heures : .....  
**Pour quelle raison ?** .....

**A-t-il des difficultés dans la vie quotidienne, à la maison ?** .....  
.....

**Votre enfant mange-t-il entre les repas (grignotage) ?**  oui  non  
**Faut-il le freiner ou le forcer pour manger ?**  oui  non  
**A-t-il des problèmes de sommeil (s'endort difficilement, se réveille la nuit ou trop tôt...) ?**  oui  non  
.....  
**A-t-il des problèmes d'énurésie (pipi au lit) ?**  oui  non

**Temps passé sur les écrans chaque jour (TV, portable, tablette, jeux vidéo)** .....  
**Autre langue parlée à la maison :** .....

**Nom du médecin traitant :** .....  
**Souhaitez-vous rajouter autre chose ?** .....

**Votre enfant a-t-il des problèmes de santé (maladies, opérations, allergies...) ?** .....  
.....  
  
**Actuellement, suit-il un traitement ? Si oui, lequel ?** .....  
.....

**A-t-il des lunettes ?**  oui  non **Un appareil auditif ?**  oui  non

**Date :** ..... **Signature :** .....