

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 :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

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

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

Date : Signature :

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