# QUESTIONNAIRE MEDICAL

(exclusivement destiné au médecin référent et à la directrice soumis à la confidentialité de ces informations. Si la famille souhaite que seul le médecin référent soit informé, merci de le mettre sous pli cacheté).

**Faits marquants depuis sa naissance :**

Hospitalisation oui r non r
Si oui, laquelle .....

Intervention chirurgicale oui r non r
Si oui, laquelle .....

Autre .....

1) Allergie : (asthme, aliment, médicaments) oui r non r

Si oui, lesquelles .....

Nécessitant un régime ..... oui r non r
Si oui, lequel .....

Nécessitant un traitement oui r non r
Si oui, lequel .....

2) Problèmes de santé connus à l'inscription :

a) **Maladies chroniques** oui r non r

Si oui, lesquelles .....

Nécessitant une prise en charge oui r non r

Si oui, laquelle .....

b) **Maladies récurrentes** (otite ...) oui r non r

Si oui, lesquelles .....

Nécessitant une prise en charge oui r non r
Si oui, laquelle .....

c) **Handicap** oui r non r

Si oui, lequel .....

Nécessitant une prise en charge oui r non r
Si oui, laquelle .....

Souhaitez-vous une surveillance sur un point particulier ? oui r non r
Si oui, lesquelles ? …….

**Dater, indiquer votre nom et votre qualité (père/mère) et signer**