

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 ☐ non ☐

Si oui, laquelle

Intervention chirurgicale oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle

Autre

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

Si oui, lesquelles

Nécessitant un régime oui ☐ non ☐

Si oui, lequel

Nécessitant un traitement oui ☐ non ☐

Si oui, lequel

2) Problèmes de santé connus à l'inscription :

a) Maladies chroniques oui ☐ non ☐

Si oui, lesquelles

Nécessitant une prise en charge oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle

b) Maladies récurrentes (otite ...) oui ☐ non ☐

Si oui, lesquelles

Nécessitant une prise en charge oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle

c) Handicap oui ☐ non ☐

Si oui, lequel

Nécessitant une prise en charge oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle

Souhaitez-vous une surveillance sur un point particulier ? oui ☐ non ☐

Si oui, lesquelles ?

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