**QUESTIONNAIRE « médical »CONFIDENTIEL**

Questionnaire strictement confidentiel à remettre rempli, dans une enveloppe à l’attention de l’infirmière.

PHOTO

Ce document restera dans le bureau médical.

Nom de l’élève : …………………………………………

Classe : ……………………………………………………….

**Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**

 VARICELLE COQUELUCHE OREILLONS

 RUBEOLE SCARLATINE HEPATITE

 ROUGEOLE

**Est-il sujet aux ?**

 MAUX DE TETE OTITES SAIGNEMENTS DE NEZ

 MAUX DE VENTRE ANGINES AUTRES :……………………………………….

**Votre enfant fait-il des crises d’asthme ?**

 OUI NON si oui, a-t-il un traitement ?  …………………………………

**Votre enfant est-il sujet à des crises convulsives ?**

 OUI NON si oui, a-t-il un traitement ?.....................................

**Votre enfant est-il sujet à des allergies ?**

 OUI NON si oui, lesquelles ?................................................

 A-t-il un traitement ?...........................................

**Votre enfant suit-il un régime particulier pour raison médicale ?**

 OUI NON si oui, lequel ?.......................................................

**Votre enfant a-t-il eu par le passé, un problème de santé important à signaler ?...............................**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**En cas de fièvre ou de douleurs importantes, autorisez-vous l’ infirmière à administrer du paracétamol ?**  OUINON

 Pour tout traitement médical à administrer à votre enfant durant la journée, veuillez fournir une ordonnance jointe au traitement et me les remettre le matin. Ne pas laisser de médicaments dans le cartable de votre enfant.

Merci pour votre collaboration.

 L’infirmière de l’Ecole du Parc

 Mme SQUARCIAFICHI Jessica

**Date et signature des parents :**