

# QUESTIONNAIRE « médical » CONFIDENTIEL

Questionnaire strictement confidentiel à compléter et à remettre, dans une enveloppe à l'attention de l'infirmière.

Ce document restera dans le bureau médical.

Nom de l'élève : .....

Classe : .....



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

- |                          |           |                          |            |                          |           |
|--------------------------|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | VARICELLE | <input type="checkbox"/> | COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> | OREILLONS |
| <input type="checkbox"/> | RUBEOLE   | <input type="checkbox"/> | SCARLATINE | <input type="checkbox"/> | HEPATITE  |
| <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE  |                          |            |                          |           |

## Est-il sujet aux ?

- |                          |                |                          |         |                          |                    |
|--------------------------|----------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | MAUX DE TETE   | <input type="checkbox"/> | OTITES  | <input type="checkbox"/> | SAIGNEMENTS DE NEZ |
| <input type="checkbox"/> | MAUX DE VENTRE | <input type="checkbox"/> | ANGINES | <input type="checkbox"/> | 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 ?                      OUI                       NON



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 :