



N° 65-0007

## Note confidentielle de renseignements

Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, nous vous serions obligés de remplir ce questionnaire aussi précisément que possible. Il servira :  
— soit à préparer un examen médical approfondi prévu pour l'élève ;  
— soit à assurer un suivi de l'élève par l'infirmière entre les examens médicaux.

### 1 IDENTITÉ DE L'ENFANT

ÉLÈVE

nom :

prénom :

date de naissance :

lieu de naissance :

nationalité :

Pour les nouveaux élèves :  
l'enfant a-t-il bénéficié  
d'un examen médical scolaire ?

OUI  NON

ADRESSE DES PARENTS  
OU DU RESPONSABLE LÉGAL

Tél. :

code postal

code postal

commune

code postal

commune

code postal

commune

code postal

commune

code postal

commune

code postal

commune

### 2 COMPOSITION DE LA FAMILLE

PÈRE

nom :

prénom :

emploi actuel

MÈRE

nom :

prénom :

emploi actuel

Responsable  
légal

nom :

prénom :

emploi actuel

Autres enfants composant la famille (prénoms, année de naissance) :

Y-a-t-il des problèmes de santé dans la famille ?

### 3 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquer ici, avec leurs dates, les difficultés de santé (maladies, accidents...), les hospitalisations, opérations, rééducations (seulement depuis le dernier examen médical pour les élèves déjà examinés par le médecin scolaire) :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?

S'il prend des médicaments, lesquels ?

S'il est suivi dans une consultation spécialisée, indiquer laquelle ?

Nom du médecin traitant :

### 4 VACCINATIONS

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations ?

OUI  NON

Date du dernier rappel : D.T. \_\_\_\_\_ POLIO \_\_\_\_\_

Autres vaccinations ou rappels \_\_\_\_\_

Dates : \_\_\_\_\_

Autres observations que vous souhaitez nous communiquer, relatives à l'élève, concernant sa santé ou son adaptation à l'école :

Un examen médical aura lieu le \_\_\_\_\_ Un dépistage par l'infirmière aura lieu le \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

*Nous vous remercions d'apporter cette note le jour de la visite médicale ou de la remettre à l'établissement scolaire sous pli cacheté afin que le secret médical soit respecté.*

# note confidentielle de renseignements destinée au service de promotion de la santé en faveur des élèves

nom

prénom

classe

établissement scolaire

Médecin :

Infirmière :

Tél. :