

Questionnaire sur l'état de santé (2^e année d'école enfantine et 4^e année d'école primaire)

Chers parents,

L'examen médical scolaire obligatoire aura lieu prochainement. Votre enfant en est exempté si votre médecin de famille certifie par écrit qu'il a effectué cet examen ou qu'une date a été prévue à cet effet. Cette attestation doit parvenir au médecin scolaire **une semaine avant l'examen médical. Si le jour de l'examen, le médecin scolaire n'est pas en possession de cette attestation, il procède à l'examen obligatoire.**

La présence des parents est souhaitée pour les enfants qui vont à l'école enfantine. Celle des parents des élèves de 4^e année d'école primaire est également bienvenue.



Pour l'examen, il convient d'apporter

- le **questionnaire** sur l'état de santé de l'enfant, dûment rempli, dans une enveloppe fermée
- les **lunettes** de l'enfant s'il en porte
- son **certificat de vaccination**
- le **consentement écrit** (formulaire correspondant) pour les vaccinations recommandées, et la carte d'assurance-maladie si les vaccinations facultatives requises sont effectuées de suite.

Lors de l'examen médical obligatoire, le médecin scolaire peut, à la demande des parents ou avec leur consentement, procéder à d'autres examens physiques ou donner des conseils en cas de problème. Pour ces examens complémentaires, les parents doivent donner leur accord par écrit au moyen du présent formulaire, qu'ils remettent dûment daté et signé au médecin scolaire le jour de l'examen médical.

Autorisation des parents pour procéder à des examens complémentaires

Nous souhaitons que le médecin scolaire procède à d'autres examens physiques et l'autorisons à le faire.

Lieu et date:

Signature des parents:

Berne, 2013

Voir au verso

Art. N° 84630 (à commander à Schulverlag plus AG, Belpstrasse 48, case postale 366, 3000 Berne 14)

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____

Rue: _____ NPA/Localité: _____

Nom/prénom des parents: _____ Tél. _____

Formation achevée la plus élevée

	Père	Mère
Ecole obligatoire (générale, secondaire, d'orientation, spécialisée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprentissage, maturité professionnelle, maturité, école de culture générale (cycle secondaire II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole supérieure, Haute Ecole spécialisée, université, doctorat (degré tertiaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Profession actuelle du père: _____

Profession actuelle de la mère: _____

Année de naissance des frères: _____ des sœurs: _____

1. Informations concernant le développement de l'enfant et les maladies qu'il a déjà eues

Veuillez répondre à ces questions uniquement si vous ne l'avez pas déjà fait pour un précédent examen ou si des changements sont intervenus entre-temps.

A quel âge votre enfant a-t-il marché ? _____ parlé ? _____

Vous êtes-vous rendu les deux dernières années avec votre enfant chez le pédiatre pour les examens de préventifs ? non oui

Maladies déjà subies par l'enfant:

Otitites fréquentes	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	
Angines fréquentes	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	
Rougeole	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	A quel âge ? _____
Oreillons	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	A quel âge ? _____
Rubéole	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	A quel âge ? _____
Varicelle	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	A quel âge ? _____
Coqueluche	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	A quel âge ? _____

Votre enfant souffre-t-il de maladies chroniques ? (Desquelles ? Depuis quand ?)

Votre enfant souffre-t-il des suites d'un accident ? (Desquelles ? Depuis quand ?)

2. Informations concernant l'état de santé de l'enfant

Votre enfant souffre-t-il des problèmes ou troubles suivants ? (veuillez cocher ce qui convient)

<input type="checkbox"/> Troubles de la vue	<input type="checkbox"/> Problèmes de dos	<input type="checkbox"/> Maux de ventre
<input type="checkbox"/> Troubles de la motricité	<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> Nervosité
<input type="checkbox"/> Asthme/problèmes pulmonaires	<input type="checkbox"/> Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Accès de colère
<input type="checkbox"/> Problèmes de poids	<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Angoisses
<input type="checkbox"/> Maladies de la peau	<input type="checkbox"/> Troubles de la parole	<input type="checkbox"/> Jalousie
<input type="checkbox"/> Troubles de l'ouïe	<input type="checkbox"/> Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/> Enurésie

Votre enfant souffre-t-il d'autres problèmes ou troubles ? Si oui, desquels ?

Votre enfant suit-il actuellement un traitement médical ? Si oui, pourquoi ? Chez qui ?

