

CONFIDENTIEL MEDICAL
QUESTIONNAIRE DE SANTE

A PRESENTER LE JOUR DE LA RENTRÉE SCOLAIRE SOUS ENVELOPPE SCELLÉE

ANNEE SCOLAIRE : 20 / 20

Classe :

ENFANT
Nom :
Prénom :
Date de naissance : / /
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

MEDECIN TRAITANT
Nom :
Adresse :
Tél :

REPRESENTANT LEGAL 1
Nom :
Prénom :
Adresse :
Tél domicile :
Portable :
Tél travail :
Courriel :

ALLERGIES		
Médicamenteuse	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Alimentaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si réponse oui, précisez :		
Trousse d'urgence ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		

REPRESENTANT LEGAL 2
Nom :
Prénom :
Adresse : <i>si différente</i>
Tél domicile :
Portable :
Tél travail :
Courriel :

ANTECEDENTS		
MALADIES		
Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Diabète	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Epilepsie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		

AUTRE PERSONNE A CONTACTER
Nom :
Prénom :
Lien de parenté avec l'enfant :
Tél domicile :

TRAITEMENTS EN COURS	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Joindre obligatoirement les copies des ordonnances	
INTERVENTIONS CHIRURGICALES RECENTES	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si réponse oui, précisez :	

Numéro de sécurité sociale (joindre obligatoirement la photocopie de la carte vitale)
N°
Adresse du centre de sécurité sociale :

VACCINATIONS	
Joindre les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé <u>mentionnant le nom de l'enfant</u> ou à défaut tout autre justificatif vaccinal.	
☞ Les exemptions vaccinales pour raison médicale doivent être justifiées.	

Mutuelle et numéro d'adhérent (joindre obligatoirement la photocopie de la carte mutuelle)
Mutuelle :
N°