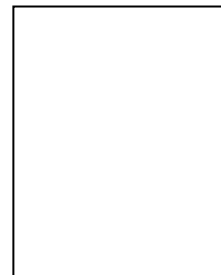


A joindre à l'inscription dans un pli fermé adressé au service médical

Ecole Européenne Luxembourg I
23, Boulevard Konrad Adenauer
L – 1115 LUXEMBOURG

Ecole Européenne Luxembourg II
6 Rue Gaston Thorn
L – 8268 BERTRANGE



SERVICE MEDICO-SCOLAIRE

**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL À REMPLIR ET À RETOURNER
ACCOMPAGNE DE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION**

DONNEES PERSONNELLES

NOM de l'enfant : PRENOM :
DATE de naissance : LIEU de naissance :
NATIONALITE : SEXE : Masc. ☐ Fem. ☐
ADRESSE :
NOM de la personne responsable :
ADRESSE :
NOM du médecin traitant :

CONTACTS IMPORTANTS

Tel Mère : Privé :
Bureau :
GSM :
Tel. Père : Privé :
Bureau :
GSM :

Numéro d'une autre personne que nous pouvons contacter en cas d'accident ou maladie et qui peut éventuellement venir chercher votre enfant.

Nom :
Tel : Privé :
Bureau :
GSM :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

PERE

Nom : PRENOM :
DATE de naissance : LIEU de naissance :
PROFESSION : ETAT de santé :
TAILLE : cm

MERE

Nom : PRENOM :
DATE de naissance : LIEU de naissance :
PROFESSION : ETAT de santé :
TAILLE : cm

FRERES ET SŒURS

Nom et prénoms	Lieu et date de naissance	Etat de Santé

ANTECEDENTS DE L'ENFANT

Circonstances concernant la naissance et le développement

L'enfant est-il né à terme ? oui/non
Avant terme ? oui/non
Après terme ? oui/non
L'enfant a-t-il dû être réanimé ? oui/non
A-t-il eu des difficultés respiratoires, digestives ou autres ? oui/non
A-t-il présenté une malformation à la naissance ? oui/non

Si oui, laquelle.....

Poids à la naissance..... Taille à la naissance.....

Votre enfant a-t-il marché seul à 18 mois ? oui/non
Votre enfant souffre-t-il :
D'un trouble de langage ? oui/non
D'un retard de développement ? oui/non
D'hyperactivité ? oui/non
De problèmes psychologiques et/ou de comportement ? oui/non
D'un syndrome particulier ? oui/non
D'autres problèmes que ceux cités ci-dessus ? oui/non

.....

Maladies infectieuses

Votre enfant a-t-il eu une des maladies suivantes ? Si oui, veuillez indiquer la date :

Rougeole : Méningite virale ou bactérienne :

Rubéole : Hépatite virale :

Varicelle : Bronchopneumonie :

Votre enfant est-il actuellement traité(e) à l'aide de médicaments ? oui/non
Si oui, lesquels.....
.....

Est-il traité par kinésithérapie ? (Rééducation orthopédique) oui/non
Votre enfant a-t-il passé un contrôle chez le médecin ophtalmologue ? oui/non
Doit-il porter des lunettes ? oui/non de façon régulière ? oui/non
de façon intermittente ? oui/non

Date du dernier contrôle :

Avez-vous l'impression que votre enfant entend normalement ? oui/non
Est-il en surveillance pour son audition ? oui/non

Est-il suivi par un : Psychologue ? oui/non
Orthophoniste ? oui/non

A-t-il/elle bénéficié d'un support pédagogique particulier dans la classe ou en dehors ? oui/non
A-t-il/elle bénéficié d'un programme pédagogique individuel adapté ? oui/non
Précisez si oui :

* * *

Les données de cette fiche sont confidentielles et ne pourront pas être diffusées. Lorsque l'enfant quittera l'école, les parents pourront la retirer au service médical.

En cas de fièvre et/ou douleurs, par la présente je demande et autorise l'infirmière de l'école à administrer :
Paracétamol Oui/Non
Ibuprofen Oui/Non

Si votre enfant souffre d'une maladie chronique, nécessitant un traitement continu et/ou une surveillance accrue, n'oubliez pas d'en informer le personnel enseignant et de lui donner les instructions nécessaires.

Le service médical reste bien entendu à votre disposition.

En cas d'accident grave, pendant le temps scolaire, l'enfant sera conduit aux urgences par une ambulance et accompagné par les professionnels du service d'urgence. Les parents seront immédiatement avertis de la situation par l'école.

Le Service Médical reste bien sûr à votre disposition.

Certifié sincère,

Date :Signature des parents :

INFIRMIERES		
Ecole Européenne Luxembourg I 23, Boulevard Konrad Adenauer L – 1115 Luxembourg	<i>Maternelle</i>	<i>Mrs. Claudine REUTER</i>
	<i>Primaire</i>	<i>Mrs. Nadine FAYOLLE</i> <i>Mrs. Larissa MOLITOR</i>
	<i>Secondaire</i>	<i>Mrs. Silvia GARCIA</i> <i>Mrs. Nadine FAYOLLE</i>
Ecole Européenne Luxembourg II 6 Rue Gaston Thorn L – 8268 Bertrange	<i>Maternelle/Primaire</i>	<i>Mrs. Margarita RODRIGUEZ</i> <i>Mme Marjorie THIRY</i>
	<i>Secondaire</i>	<i>Mrs. Alexandra ROTH</i> <i>Mme Marjorie THIRY</i>