

Merci de prévenir le service de vie scolaire pour prévenir de toute absence éventuelle.

NOM: _____ **Prénom:** _____ **Classe:** _____

Merci de remplir ce questionnaire (Barrer la mention inutile)

1 Vue – Audition :

A-t-il des problèmes de vision ? NON OUI Port de lunettes : NON OUI
Port de lentilles : NON OUI

2 Activités physiques :

Est-il dispensé (e) d'éducation physique ? NON OUI
Si OUI, pourquoi ?

3 Perte de connaissances :

A-t-il des vertiges, des pertes de connaissances ou fait-il des malaises ? NON OUI

4 Allergies :

A-t-il un terrain allergique ? NON OUI
Asthme Eczéma Urticaire Oedème de Quincke Rhume des
foins
Conjonctivite Autres

Savez-vous ce que déclenche cette allergie ?

5 Traitement :

Prend-il un traitement régulier ? NON OUI
Indiquer le nom des médicaments :

6 Est-il (elle) suivi (e) dans une consultation spécialisée en ce moment ?

Kinésithérapie Orthophonie Orthoptie Psychologie
Autres

7 A-t-il déjà été hospitalisé ? NON OUI Date :
A-t-il déjà eu un accident ? NON OUI Date :

8 Fait-il d'un PAI (Projet d'Aide Individualisé) ? NON OUI

9 Fait-il l'objet d'une reconnaissance de handicap (MDPH) ? NON OUI

10 A-t-il des problèmes de santé ou des soucis ou des soucis qui le tracassent ? NON OUI
Si oui, lesquels :

11 Quel métier envisage votre enfant ?

Est-ce que cette section est votre premier vœu ? NON OUI

12 Le mot des parents :

Souhaitez-vous ajouter d'autres observations sur la santé de votre enfant ? NON OUI

Si oui :

Date de signature du document :
responsables :

signatures des