

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

(exclusivement destiné au médecin référent et à la directrice soumis à la confidentialité de ces informations.  
Si la famille souhaite que seul le médecin référent soit informé, merci de le mettre sous pli cacheté).

### *Faits marquants depuis sa naissance*

 Hospitalisation                      oui ☐ non ☐  
Si oui, laquelle .....

 Intervention chirurgicale    oui ☐ non ☐  
Si oui, laquelle .....

 Autre .....

### Allergies (asthme, aliments, médicaments...)


Si oui, lesquelles .....  
Nécessitant un régime .....oui ☐ non ☐  
Si oui, lequel .....


Nécessitant un traitement                      oui ☐ non ☐  
Si oui, lequel .....

### Problèmes de santé connus à l'inscription :

 Maladies chroniques                      oui ☐ non ☐  
Si oui, lesquelles .....

Nécessitant une prise en charge                      oui ☐ non ☐  
Si oui, laquelle .....

 Maladies récurrentes (otite ...)                      oui ☐ non ☐  
Si oui, lesquelles .....  
Nécessitant une prise en charge                      oui ☐ non ☐  
Si oui, laquelle .....

 Handicap                      oui ☐ non ☐  
Si oui, lequel .....  
Nécessitant une prise en charge                      oui ☐ non ☐  
Si oui, laquelle .....

Souhaitez-vous une surveillance sur un point particulier ?    oui ☐ non ☐  
Si oui, lesquelles ? .....

**Dater,  
indiquer votre nom  
et votre qualité (père/mère)  
et signer**