

# QUESTIONNAIRE PARENTAL PRÉALABLE À LA VISITE MÉDICALE

Docteur Hofmann Silvia

Nom et Prénom de l'élève :

Né(e) le :

Classe :  Formation préparée :

N° Sécurité Sociale de l'élève (**obligatoire, à demander à la CPAM si vous ne l'avez pas encore**)

N° téléphone Mère :      Père :

Nom du précédent établissement pour transfert du dossier médical :

## DEPUIS SA NAISSANCE, VOTRE ENFANT A-T-IL EU ?

	Non	Oui, quand ? Actuellement ?		Non	Oui, quand ? Actuellement ?
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Port de lunettes ou lentilles	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Problème d'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

A-t-il été hospitalisé ? Motifs et Dates

## PRATIQUE DU SPORT

A-t-il été dispensé de sport plus de 3 mois ?

Fait-il du sport en dehors du lycée ?  Combien d'heures ?

## A-T-IL EU UN ACCIDENT ?

Où	Quelle blessure ? Date ?
Voie publique	<input type="text"/>
Atelier	<input type="text"/>
Sport	<input type="text"/>
Autres	<input type="text"/>

Par la suite, y-a-t-il eu des complications ? Non  Oui

## ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT :

Est-il sujet à des pertes de connaissance ? Non  Oui  à des malaises ? Non  Oui

Prend-il des médicaments ? Non  Oui  Lesquels ?

Consulte-t-il régulièrement un médecin ? Non  Oui

Nom du médecin traitant

Suit-il une rééducation ? Non

Oui  : Orthophonie  Psychomotricité  Orthoptie  Kinésithérapie

Est-il suivi par un psychologue ? Non  Oui  depuis combien de temps ?

A-t-il bénéficié d'aménagements aux examens ?

Avez-vous autre chose à signaler ?  (Utiliser le dos de cette feuille si besoin)

Date :  /  /  Signature des parents :