

À COMPLÉTER, DATER ET SIGNER PAR LES PARENTS ou le RESPONSABLE LEGALELEVE :

NOM : _____ Prénom : _____

Date et Lieu de Naissance : _____

Sexe : Masculin Féminin

N° de Sécurité Sociale : _____

Poids : _____ Taille : _____

Acuité auditive : Appareil : oui non **VACCINATIONS**

Vaccins	Dernières Injections	Prochain Rappel
DTP (Revaxis, Tétravac,)		
R.O.R		
Hépatite B		
Méningocoque		
Autres		

TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE*Préciser les troubles (dyslexie, dyspraxie, dyscalculie, dysorthographe,...) et le niveau de difficultés_____*

Coordonnées de votre médecin traitant habituel :

Nom et Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code Postal _____ Ville : _____

Téléphone : _____

QUESTIONNAIRE ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

MALADIES - Avez-vous eu les maladies suivantes ?

Bronchite fréquente : oui non

Asthme : oui non

Pneumothorax – Pleurésie : oui non

Syncope, Perte de connaissance,
évanouissement : oui non

Palpitations : oui non

Hypertension artérielle ou
maladie du cœur : oui non
Si oui, précisez _____

Manifestation d'intolérance à l'effort
(Malaises divers) : oui non
Si oui, précisez _____

Diabète : oui non
Si oui, précisez _____

Troubles digestifs : oui non

Anomalies dans les urines : oui non

Si oui, précisez _____

Anomalies sur un bilan sanguin
dans les 12 derniers mois : oui non

Si oui, précisez _____

Calcul rénal ou urinaire : oui non

Méningite, encéphalite : oui non

Epilepsie, convulsions : oui non

Paralysies : oui non

Maladies gynécologiques : oui non

Autres Maladies : oui non

Si oui, précisez _____

Avez-vous déjà été hospitalisé ?

Si oui, précisez le motif _____

UN SOUCI

Je soussigné, M. et / ou Mme _____

Certifie (nt) exact les éléments mentionnés ci-dessus concernant l'élève, ou

L'étudiant, _____.

Fait à _____, le ____/____/2020.

Signature.