



Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration
Office de la santé
Service du médecin cantonal

Service médecin scolaire

Questionnaire sur l'état de santé (2^e année d'école enfantine et 4^e année d'école primaire)

Chers parents,

L'examen médical scolaire obligatoire aura lieu prochainement. Votre enfant en est exempté si votre médecin de famille certifie par écrit qu'il a effectué cet examen ou qu'une date a été prévue à cet effet. Cette attestation doit parvenir au médecin scolaire **une semaine avant l'examen médical. Si le jour de l'examen, le médecin scolaire n'est pas en possession de cette attestation, il procède à l'examen obligatoire.**

La présence des parents est souhaitée pour les enfants qui vont au jardin d'enfants. Celle des parents des élèves de 4^e année d'école primaire est également bienvenue.

Pour l'examen, il convient d'apporter:

- le **questionnaire** sur l'état de santé de l'enfant, dûment rempli, dans une enveloppe fermée
- les **lunettes** de l'enfant s'il en porte
- son **certificat de vaccination**
- le **consentement écrit** (formulaires correspondants) pour les vaccinations recommandées, et la carte d'assurance-maladie si les vaccinations facultatives requises sont effectuées de suite.

Voir au verso

Nom: _____ Prénom: _____ Date de naissance: _____

Rue: _____ NPA/Localité: _____

Nom/prénom des parents: _____ Tél.: _____

Formation achevée la plus élevée Père Mère

Ecole obligatoire (générale, secondaire, d'orientation, spécialisée)

Apprentissage, maturité professionnelle, maturité, école de culture générale (cycle secondaire II)

Ecole supérieure, Haute Ecole spécialisée, université, doctorat (degré tertiaire)

Profession actuelle du père: _____

Profession actuelle de la mère: _____

1. Informations concernant le développement de l'enfant et les maladies qu'il a déjà subies

Veuillez répondre à ces questions uniquement si vous ne l'avez pas déjà fait pour un précédent examen ou si des changements sont intervenus entre-temps.

A quel âge votre enfant a-t-il marché? _____ parlé? _____

Vous êtes-vous rendu **les deux dernières années** avec votre enfant chez le pédiatre pour les examens de préventifs?

non oui

Maladies déjà subies par l'enfant:

Oties fréquentes non oui

Angines fréquentes non oui

Rougeole non oui A quel âge? _____

Oreillons non oui

Rubéole non oui A quel âge? _____

Varicelle non oui

Coqueluche non oui A quel âge? _____

Votre enfant souffre-t-il de maladies chroniques? (Desquelles? Depuis quand?):

Votre enfant souffre-t-il des suites d'un accident? (Desquelles? Depuis quand?):

2. Informations concernant l'état de santé actuel de l'enfant

Votre enfant souffre-t-il des problèmes ou troubles suivants? (veuillez cocher ce qui convient)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Troubles de la vue | <input type="checkbox"/> Problèmes de dos | <input type="checkbox"/> Maux de ventre |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la motricité | <input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> Nervosité |
| <input type="checkbox"/> Asthme/problèmes pulmonaires | <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> Accès de colère |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de poids | <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Angoisses |
| <input type="checkbox"/> Maladies de la peau | <input type="checkbox"/> Troubles de la parole | <input type="checkbox"/> Jalousie |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'ouïe | <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires | <input type="checkbox"/> Enurésie |

Votre enfant souffre-t-il d'autres problèmes ou troubles? Si oui, desquels:

Votre enfant suit-il actuellement un traitement médical? Si oui, pourquoi? Chez qui?