



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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprentissage, maturité professionnelle, maturité, école de culture générale (cycle secondaire II)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole supérieure, Haute Ecole spécialisée, université, doctorat (degré tertiaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Profession actuelle du père: _____

Profession actuelle de la mère: _____

Année de naissance des frères: _____ des sœurs: _____

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

Veillez 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:

- | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Otites fréquentes | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | |
| Angines fréquentes | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | A quel âge? _____ |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | A quel âge? _____ |
| Rubéole | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | A quel âge? _____ |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | A quel âge? _____ |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> 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?
