



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<sup>e</sup> année d'école enfantine et 4<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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?

\_\_\_\_\_