

## Note confidentielle de renseignements

Pour nous permettre d'évaluer au mieux la situation médico-scolaire de votre enfant, nous vous remercions de remplir ce questionnaire aussi précisément que possible.

Ce questionnaire est à remettre à l'enseignant de votre enfant, sous pli cacheté.

### 1. Identité de l'enfant :

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** \_\_\_\_\_  
**Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Lieu de naissance :** \_\_\_\_\_  
**Nationalité :** \_\_\_\_\_  
**Adresse où vit l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Tél :** \_\_\_\_\_  
**L'enfant vit-il :** chez ses parents  chez sa mère  chez son père  autre  (préciser)  
**Langue parlée habituellement à la maison :** \_\_\_\_\_

### 2. Composition de la famille :

| NOM   | Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Profession |
|-------|--------|-------------------|-----------------|------------|
| ..... | .....  | .....             | .....           | .....      |
| ..... | .....  | .....             | .....           | .....      |
| ..... | .....  | .....             | .....           | .....      |
| ..... | .....  | .....             | .....           | .....      |
| ..... | .....  | .....             | .....           | .....      |

### 3. Renseignements médicaux concernant l'enfant :

☞ **Nom et adresse du médecin traitant**

☞ **Votre enfant est-il suivi par :**

- Un service spécialisé ? oui - non Si oui, lequel ?
- Le CAMSP ? oui - non
- Le CMP ? oui - non
- L'orthophoniste ? oui - non
- Autre :

☞ **Votre enfant a-t-il des difficultés :**

- de sommeil oui  non
- d'alimentation oui  non
- prend-il un traitement oui  non  lequel ?

☞ **Autres observations que vous souhaitez nous communiquer, relatives à l'élève, concernant sa santé ou sa scolarité :**

**Y a-t-il des antécédents médicaux familiaux ?** oui - non

Si oui, lesquels, chez qui ?

**Y a-t-il des antécédents familiaux de troubles du langage ?** oui - non

Si oui, chez qui ?