ACADÉMIE DE NORMANDIE
Liberté Égalité Fraternité

Direction des services départementaux de l'éducation nationale du Calvados

FICHE 2

MISSION DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN FAVEUR DES ÉLÈVES

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 ?