



Lycée français A.B.B.
Luanda, Angola

aefe

Agence pour
l'enseignement français
à l'étranger

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE 2017/2018

A fim de melhor conhecer o seu filho, agradecemos que respondam ao questionário de saúde a seguir. Estas informações serão entregues à enfermeira da escola que é obrigada ao sigilo profissional.

APELIDO :

NOME :

TURMA :

Telefone dos pais em caso de urgência / Pai : **Mãe :**

A vacina D.T.P (Difteria-Tétano-Poliomielite) é exigida na escola, está actualizada? SIM NÃO

Se sim, a data do último reforço:

Antecedentes médicos /Cirurgias :

.....

	<u>SIM</u>	<u>NAO</u>
<u>O seu filho tem alguma doença crónica ?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Diabete :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim qual é o tratamento ?.....		
<u>Epilepsia :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, qual é o tratamento ? :.....		
A data da última crise :.....		
<u>Alergia (s) :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, que tipo de alergia ? :.....		
<u>Asma :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sim, qual é o tratamento em caso de crise :.....		
<u>Anemia falciforma :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Cardiopatía :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Dificuldade visual :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Dificuldade auditiva :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Dificuldade motora :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorizo a enfermeira da escola francesa dar Paracetamol ao meu filho em caso de febre importante ou de dor : Sim Não

Não hesite em dizer-nos se o seu filho tem outros problemas de saúde.

Resposta num envelope, Obrigado.

Assinatura dos pais: