



Lycée français A.B.B.
Luanda, Angola

QUESTIONNAIRE DE SANTE Année 2018 - 2019

Dans un souci de mieux connaître votre enfant, nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire de santé ci-dessous. Les renseignements fournis seront confiés à l'infirmière scolaire qui est tenue par le secret professionnel.

NOM :

PRENOM :

CLASSE :

Téléphone des parents en cas d'urgence / Père : Mère :

La vaccination D.T.P (Diphtérie-Tétanos-Polio) est obligatoire pour l'école, est-elle à jour ? OUI NON

Si oui, date du dernier rappel :

Antécédents médicaux/ Chirurgicaux :

.....

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>
<u>Votre enfant a-t-il une maladie chronique ?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Diabète :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, traitement en cours :		
<u>Epilepsie :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui a-t-il un traitement :		
Date de la dernière crise :		
<u>Allergie (s) :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser laquelle :		
<u>Asthme :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, traitement en cas de crise :		
<u>Drepanocytose :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Affection cardiaque :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Problème visuel :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Problème auditif :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Problème moteur :</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J'autorise l'infirmière de l'établissement à donner du paracétamol à mon enfant en cas de fièvre importante ou de douleurs : OUI NON

N'hésitez pas à nous informer de tout autre problème de santé que votre enfant a rencontré au cours de sa vie.

Réponse sous enveloppe, merci.

Signature des parents :