

Centre de santé communal

rue Derrière la Chapelle 18 - 4040 Herstal

Tél. : 04 240 65 25

Nom de l'enfant :

Prénom :

Année scolaire :

Ecole :

Renseignements médicaux confidentiels :

(document à remettre, sous enveloppe fermée, au titulaire de classe ou à nous retourner, dans les plus brefs délais)

Situation familiale :

Nom et prénom de l'enfant : Sexe :

Né le : à : Nationalité :

S'il n'est pas né en Belgique, quand y est-il arrivé ?

Nom et prénom du père : Profession :

Né le : à : Nationalité :

Le père travaille-t-il actuellement ? Oui/Non

Nom et prénom de la mère : Profession :

Née le : à : Nationalité :

La mère travaille-t-elle actuellement ? Oui/Non

n°:

Adresse : rue :

Localité : Code postal :

Tél. ou GSM :

Frères et sœurs :

Nom :	Prénom :	Né le :	Ecole :
-------	----------	---------	---------

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres personnes dans le ménage :

Nom :	Prénom :	Profession :
-------	----------	--------------

.....

.....

Enfants éventuellement décédés :

Nom :	Prénom :	Cause du décès :
-------	----------	------------------

.....

.....

L'enfant vit d'habitude :

avec les 2 parents / la mère / le père / les grands-parents / en garde alternée / en institution

Langue(s) parlée(s) à la maison

Ecole(s) fréquenté(s) antérieurement

Médecin de famille : Nom : Tél. :

Pédiatre : Nom : Tél. :

Consultation(s) de nourrissons fréquentée(s)

Nom : Tél. :

Adresse :

Antécédents familiaux :

Y a-t-il dans la famille de l'enfant (père, mère, grands-parents,...) une personne ayant présenté à un moment donné une des maladies suivantes :

Tuberculose :

Diabète :

Allergie :

Asthme :

Affection mentale ou nerveuse (épilepsie) :

Obésité :

Hypertension :

Anomalie du sang :

Cancer :

Antécédents personnels de l'enfant :

A. Grossesse et naissance :

La grossesse a-t-elle été normale ? Oui/Non

Si NON, la maman a-t-elle présenté des affections telles que :

Toxoplasmose : Oui/Non

Rubéole : Oui/Non

Hypertension : Oui/Non

Sucre dans les urines : Oui/Non

Albumine : Oui/Non

Prise importante de poids : Oui/Non

Autre(s) problème(s) :

Quel(s) médicament(s) a-t-elle pris durant la grossesse ?

L'enfant est né : à terme avant terme après terme

normalement césarienne par forceps

Poids de l'enfant à la naissance : kg : gr :

Taille : cm :

A-t-il eu des problèmes particuliers à la maternité, tels que :

Jaunisse : Oui/Non

Convulsions : Oui/Non

Troubles respiratoires : Oui/Non

Autre(s) problème(s) :

B. Développement de l'enfant

A-t-il été nourri au sein ? Oui/Non
A-t-il eu des difficultés alimentaires ? Oui/Non
A-t-il pris la sucette ou le pouce ? Oui/Non
A-t-il marché seul avant 18 mois ? Oui/Non
Depuis quel âge est-il complètement propre (selles et urines) ?
Le jour : La nuit :
Par qui l'enfant a-t-il été gardé après sa naissance ?
Parents - Grands-parents - Voisins - Crèche - Pouponnière - Autres :
Nom et adresse de l'institution :

Maladies et affections : Votre enfant a-t-il eu :

La varicelle : Oui/Non	La rougeole : Oui/Non
Les oreillons : Oui/Non	La rubéole : Oui/Non
Une hépatite : Oui/Non	La tuberculose : Oui/Non
Autres affections :	
Bronchites : Oui/Non	Otites : Oui/Non
Asthme : Oui/Non	Convulsions : Oui/Non
Epilepsie : Oui/Non	Méningite : Oui/Non

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Oui/Non

Si oui, précisez la date et le motif :

A-t-on pratiqué chez lui un électroencéphalogramme, un électrocardiogramme, des radiographies, des analyses de sang, d'urine ? Oui/Non

Si oui, quel(s) examen(s) et pourquoi ?

Quel fut le résultat ?

A-t-il déjà consulté un oculiste ? Oui/Non

Si oui, pourquoi ?

A-t-il déjà consulté un médecin nez gorge oreilles ? Oui/Non

Si oui, pourquoi ?

A-t-il des difficultés de langage, des défauts de prononciation, des bégaiements ? Oui/Non

Si oui, lesquelles ?

Etat actuel de Santé :

Votre enfant prend-t-il des médicaments ? Oui/Non

Si oui, lesquelles ?

Si oui, pourquoi ?

Est-il suivi régulièrement par un oculiste ? Oui/Non

Porte-t-il des lunettes ? Oui/Non

Est-il suivi régulièrement par un dentiste ? Oui/Non

Porte-t-il un appareil orthodontique ? Oui/Non

Porte-t-il des semelles orthopédiques ? Oui/Non

Il va dormir à heures Il se lève à heures

Vaccinations :

	Date 1 ^o dose :	Date 2 ^o dose	Date 3 ^o dose	Date 4 ^o dose	Date rappel
Infanrix hexa					
Tetravac polio + diphtérie + tétanos + coqueluche					
Poliomyélite					
Di-Te-Per Diphtérie + tétanos + coqueluche					
Act-Hib Méningite A + Haemophilus + influenzae					
Di-Te Diphtérie + tétanos					
RRO Rougeole + rubéole + oreillons					
Hbvax II ou Engerix B Hépatite B					
Méningite C					
BCG Vaccination contre la tuberculose					
Prevenar pneumocoque					
Varilrix Varicelle					
Rotarix Rotavirus					
Autres					

Derniers test tuberculinique

monovac – cuti – tine test – intradermoréaction

Type : Date : Résultat

Si votre enfant a reçu le B.C.G. (vaccination contre la tuberculose), celui-ci a-t-il été contrôlé par une intradermoréaction ? Oui/Non

Si oui Date : Résultat

Y a-t-il un point particulier de la santé ou du caractère de votre enfant qui vous préoccupe ? Oui/Non

Si oui, lequel ?

Formulaire rempli le
par
lien de parenté avec l'enfant
signature