

Questionnaire Médical

Madame, Monsieur,

Afin de permettre à l'équipe éducative d'appréhender au mieux divers problèmes de santé ou d'ordre médical que votre enfant pourrait rencontrer durant son séjour à l'internat, nous vous prions de bien vouloir remplir ce questionnaire (faire compléter obligatoirement par le médecin de famille le point « attestation médicale »), et de nous le retourner le plus rapidement possible.

Renseignements administratifs

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Groupe sanguin : joindre une photocopie de la carte.

N.B. il est utile que votre enfant soit en possession de sa carte de groupe sanguin.

Nom et prénom de la personne responsable (personne qui signe, précédé de la mention lu et approuvé).....

Nom et prénom du médecin de famille :

Adresse : rue :

Code postal.....Localité.....

Clinique / voir R.O.I.

Remarque : en cas d'urgence, votre enfant sera hospitalisé dans le C.H.U le plus proche de l'internat (obligation légale).

Renseignements sur l'état de santé de l'élève

Maladies antérieures, actuelles ou chroniques de votre enfant :

Eczéma – Asthme – Bronchite – Epilepsie – Affection cardiaque – Affection urinaire – Problèmes digestifs – Diabète – Incontinence urinaire – Troubles du sommeil – Tuberculose. Autres.

Précisions complémentaires :

Traitements en cours (médicaments : nom, fréquence et durée).....

.....

.....

.....

.....

Interventions chirurgicales :

Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ? Si oui, laquelle ? Précisez les dates.

.....

.....

.....

Cette intervention chirurgicale nécessite-t-elle durant son séjour à l'internat des précautions particulières ?

.....
.....
.....

Votre enfant peut-il participer sans inconvénient à des activités sportives, baignades,... ? OUI – NON

Si non pourquoi ?

L'enfant est-il allergique à certains médicaments ? Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....

Attestation Médicale (à faire remplir par le médecin de famille)

Je soussigné (Nom et prénom).....

Certifie que l'élève (Nom et prénom).....

Ne souffre d'aucune maladie contagieuse et que son état de santé lui permet de vivre en internat tout à fait normalement et sans risque pour la communauté scolaire.

Fait à.....Le.....

CACHET

Signature du Médecin

Décharge

Je soussigné (Nom et prénom).....

Responsable de l'élève (Nom et prénom).....

Autorise l'administrateur (trice) et l'équipe éducative à prendre **sur base d'avis médical** toutes les mesures qui s'imposent en cas d'urgence (hospitalisation, intervention chirurgicale si indispensable)

Date..... Signature

N.B. il est bien entendu que vous serez averti, dans les plus brefs délais, des problèmes survenus, et des mesures prises par l'équipe éducative.

Il est bien entendu que ce questionnaire est confidentiel, et qu'il reste dans le dossier scolaire de votre enfant à l'internat. Il ne pourra être consulté que par l'équipe éducative et par le médecin appelé à soigner votre enfant.

Dans l'intérêt de votre enfant et afin d'éviter au maximum les problèmes, il est indispensable que ce questionnaire soit complété avec le plus grand soin et avec la plus grande précision.