

Numéro national de votre enfant :

__ - __ - __ / __ - __ - __

**Rendre ce document complété à la visite
médicale ou le remettre à l'enseignant
sous pli fermé.**

Pour une meilleure prise en charge de votre enfant le jour de la visite médicale, merci d'emporter :

- Les lunettes
- Le carnet ou carte de vaccination

Bonjour,

Votre enfant sera suivi pendant toute sa scolarité par un service de médecine scolaire (Service de Promotion de la Santé à l'École). Lors des visites médicales scolaires **obligatoires**, il sera proposé à votre enfant des dépistages adaptés à son âge.

Le Service PSE accorde la plus haute importance à la protection de la vie privée. Le traitement de vos données à caractère personnel s'effectue conformément à la législation relative à la protection de la vie privée.

Pour plus d'informations, scannez le QR Code :



Le dossier médical suivra votre enfant pendant sa scolarité (celui-ci sera transmis aux PSE attachés aux écoles qu'il fréquentera). Nous vous remercions et restons à votre disposition pour tout renseignement utile.

Nom de l'élève : Sexe :

Prénom de l'élève : Nationalité :

Lieu et date de naissance :

Adresse de l'élève :

L'enfant vit avec : ☐ ses 2 parents ☐ papa ☐ maman ☐ garde alternée ☐ autre (à préciser):

.....

Nombre d'enfants : A quelle place est-il ?

GSM responsable 1 : **GSM** responsable 2 :

GSM élève : Langue(s) parlée(s) à la maison :

Ecole actuelle : Ecole précédente :

Médecin traitant : Pédiatre :

Service ONE fréquenté :

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas ce service à nous communiquer les dates de vaccination de votre enfant

Signature →

ANTECEDENTS :

- Maladie familiale transmissible génétiquement + lien de parenté avec l'enfant :
.....
.....
- Taille et poids des parents (*information à titre indicatif pour évaluer si la croissance de l'enfant est harmonieuse, par exemple, petite/grande taille familiale*)
Papa : cm kg **Maman** : cm kg
- Accouchement à semaines, avec des complications à la naissance ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui, lesquelles ?
- Depuis la dernière visite médicale, votre enfant a-t-il été :
*malade :
*accidenté :
*opéré :

ETAT DE SANTE ACTUEL :

- Votre enfant a :
 - Des problèmes de vue ? ☐ Non ☐ Oui => Prochain rendez-vous.....
Des lunettes ? ☐ Non ☐ Oui
Des lentilles ? ☐ Non ☐ Oui
 - Des problèmes d'ouïe ? ☐ Non ☐ Oui => Prochain rendez-vous.....
- Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier (*médical, logopédique, psychologique, etc*) ?
.....
- ⇒ Prochain rendez-vous
- Vous posez-vous une question sur l'état de santé actuel de votre enfant ?
Si oui, laquelle ?
.....

VACCINATIONS :

Uniquement en cas de changements depuis la dernière visite médicale, merci de joindre une photocopie du carnet vaccinal OU de compléter le tableau ci-dessous.

HEXAVALENT Polio-Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Hib-Hép B	RRO Rougeole-Rubéole-Oreillons	ROTAVIRUS
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	MÉNINGITE C	3.
4.	1.	PNEUMOCOQUE
TETRAVALENT - DTC-Polio (5-6 ans)	MÉNINGITE ACWY	1.
1.	1.	2.
DTC - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche (15-16 ans)	2.	3.
1.	MÉNINGITE B	4.
HEPATITE A	1.	PAPILLOMAVIRUS (HPV)
1.	2.	1.
2.	3.	2.
AUTRES	BCG (Tuberculose)	VARICELLE
		1.
		2.

MERCI
L'équipe du PSE