



## QUESTIONNAIRE MEDICAL 2025/2026

*Questionnaire strictement confidentiel à remettre rempli, dans une enveloppe à l'attention des infirmières. Ce document restera dans le bureau médical.*

Nom et Prénom de l'élève : ..... Classe : .....

Médecin Traitant et/ou Spécialiste : .....

### Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

- |                          |              |                          |            |                          |           |
|--------------------------|--------------|--------------------------|------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | VARICELLE    | <input type="checkbox"/> | COQUELUCHE | <input type="checkbox"/> | OREILLONS |
| <input type="checkbox"/> | RUBEOLE      | <input type="checkbox"/> | SCARLATINE | <input type="checkbox"/> | ROUGEOLE  |
| <input type="checkbox"/> | AUTRES ..... |                          |            |                          |           |

### Est-il sujet aux ?

- |                          |                |                          |         |                          |                    |
|--------------------------|----------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | MAUX DE TETE   | <input type="checkbox"/> | OTITES  | <input type="checkbox"/> | SAIGNEMENTS DE NEZ |
| <input type="checkbox"/> | MAUX DE VENTRE | <input type="checkbox"/> | ANGINES | <input type="checkbox"/> | AUTRES : .....     |

### Votre enfant fait-il des crises d'asthme ?

- OUI       NON      si oui, a-t-il un traitement ? .....

### Votre enfant est-il sujet à des crises convulsives ?

- OUI       NON      si oui, a-t-il un traitement ?.....

### Votre enfant est-il sujet à des allergies ?

- OUI       NON      si oui, lesquelles ?.....
- A-t-il un traitement ?.....

### Votre enfant suit-il un régime particulier pour raison médicale ?

- OUI       NON      si oui, lequel ?.....

**Votre enfant a-t-il eu par le passé, un problème de santé important à signaler ?**

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

**A-t-il des prises en charge médicales ou paramédicales ?**

OUI                       NON                      si oui, laquelle ?.....

**Votre enfant porte-t-il ?**

DES LUNETTES                       UN APPAREIL DENTAIRE

Commentaires : .....

**En cas de besoin, autorisez-vous l'infirmier(ère) à administrer un traitement fourni par la médecine scolaire : antalgique, anti spasmodique, solution pour bain de bouche après vous avoir contacté ?**

OUI                       NON



Pour tout traitement médical à administrer à votre enfant durant la journée, **il est impératif de fournir une ordonnance** jointe au traitement, et les remettre à l'infirmier(ère) dès son arrivée à l'école.

**Art.19 du règlement intérieur Ecole Saint-Charles : « En dehors d'un protocole d'urgence, l'infirmier(ère) scolaire est seul(e) habilité(e) à administrer des médicaments. Ils doivent lui être confiés par la famille, sur présentation de l'ordonnance du médecin traitant et en aucun cas être laissées dans le cartable de l'élève. »**

En cas d'urgence, votre enfant sera adressé aux urgences du CHPG après avoir contacté la famille.

Merci pour votre collaboration.

Les infirmières de l'Ecole Saint-Charles  
GABUTTI Marie-Hélène et AUDIBERT Angelina

**Date et signature des parents :**