|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Z:\My Pictures\verpleegster 4.jpg | ECOLE EUROPEENNE**INFIRMERIE**Avenue du Vert chasseur 461180 BruxellesTél : 02/374.94.95 | **CONFIDENTIEL****DOCUMENT OFFICIEL D’INSCRIPTION** |

**MEDICAL QUESTIONNAIRE** **(to be returned to the School Infirmary as soon as**

 **possible, in a closed envelope)**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL** **(à remettre à l’infirmerie le plus vite possible, sous**

 **enveloppe fermée)**

1. **Données de l’élève**

|  |  |
| --- | --- |
| SurnameNom ……………………………………………………….  | First namePrénom …………………………………………………..  |
| Nationality SexNationalité ……………………………………… Sexe ……..  | Class SectionClasse …………………. Section ………………….  |
| Date of birthDate de naissance ……………………………………………  | Place of birthLieu de naissance ……………………………………….  |
| Previous schoolEcole précédente ……………………………………………….  | Spoken languages Langues parlées …………………………………………..  |
| Name + http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png family doctorNom + http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png médecin de famille …………………………… | ……………………………………………………………………….. |
| Names + http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png + Noms: In your absence of two other people who could fetch your child from  school in case of an accident or illness: En cas d’absence de deux autres personnes qui peuvent également venir  chercher votre enfant en cas d’accident ou de maladie: |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Données des parents**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mother / Mère | Father / Père |
| Surname + First nameNom + Prénom |  |  |
| Address(es) parentsAdresse(s) parents |  |  |
| Home http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png Maison |  |  |
| GSM http://www.fontsaddict.com/images/icons/png/29128.png |  |  |
| Office http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png Travail  |  |  |
| Date of birth + PlaceDate de naissance + lieu |  |  |
| Education |  |  |
| Profession |  |  |
| Parents are living: O together O separated O divorced O otherParents vivant: en couple séparés divorcés autre |

Are there any changes in the family situation like : co-parenting, death of a relative, adoption, foster child, changed family composition, divorce, …?

Y-a-t-il des changements dans la situation de famille comme : coparentalité, décès d’un relatif, adoption, enfant adoptif, changement dans la composition de la famille, divorce, … ?

Since when / Depuis quand ? ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Siblings / frères et / ou sœurs + other residences / autres co-habitants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Surname / Nom | First name / Prénom | Date of birthDate de naissance | Education  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Family health condition / Etat de santé famille**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Length / Taille | Weight / Poids | Illness / Maladie \* |
| Mother / Mère |  |  |  |
| Father / Père |  |  |  |
| Siblings / Frères et ou soeurs |  |  |  |

\* Mention diseases like : a lazy eye, strabismus, a heart disease, diabetes, rheumatism, epilepsy, cancer, asthma, allergies, genetic disorders, obesity, scoliosis, migraine, mental illness, …

\* Mentionne les maladies comme : un œil paresseux, le strabisme, une maladie cardiaque, la diabète, le rhumatisme, l’épilepsie, un cancer, l’asthme, des allergies, des maladies héréditaires, l’obésité, la scoliose, la migraine, des maladies mentales,…

 **5. Your child’s development / La développement de votre enfant**

|  |
| --- |
| - Was your child born prematurely ?............................ How early? ……………………… Votre enfant est-il né prémature? A combien de mois ? Weight at birth :…………………… Length at birth :……………………. Twins: ………………………….. Poids de naissance Taille de naissance Jumeaux |
| - Normal delivery ? …………………………………………………………………………………………………………………….. Accouchement normal ? |
| - Were there complications during pregnancy or after the delivery ?  Y a-t-il des complications pendant la grossesse ou après l’accouchement ?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| - Did your child had a congenital malformation ? A-t-il eu une malformation congénitale?…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| - Is your child dry at night ? …………………………… Age of first steps………………………………………………  Est-il propre la nuit? Âge de premiers pas |
| - Was your child adopted ? At what age ? Origin ?………………………………………………………………………….. Votre enfant est-il adopté? A quel âge ? Origine ? |

1. **Does your child suffer from problemes at: / Votre enfant a-t-il de problèmes au niveau**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Which ? / Lequelle ? | Treatment / Traitement \* |
| EpilepyL’epilepsy |  |  |
| AllergyL’allergie |  |  |
| The eyesDes yeux |  |  |
| The earsDes oreilles |  |  |
| The heartDu cœur |  |  |
| The teethDes dents |  |  |
| The back, the legs \*\*Du dos, des jambes \*\* |  |  |
| Respiratory \*\*Respiratoire \*\* |  |  |
| CirculatoryCirculaire |  |  |
| DigestiveDigestif |  |  |
| WeightDu poids |  |  |
| ThyroidThyroïdien |  |  |
| UrinaryUrinaire |  |  |
| GenitalGénital |  |  |
| Gynecological : *date first menstruation*Gynécologique : *date des premières règles* |  |  |
| Nervous, behaviouralNerveux, comportemental |  |  |
| LanguageDu langage |  |  |
| LearningD’apprentissage |  |  |
| PsychologicalPsychologique |  |  |
| OthersAutres |  |  |
| \* for example : glasses, kine, medication, operation, psychologiste, logo,… Par exemple : des lunettes, kiné, médicaments, opérations, psychologue, logopédie,…\*\* scoliosis, pneumonia, heart murmur,… Scoliose, pneumonie, souffle au cœur,… |

|  |
| --- |
| - Has he been hospitalized ? …………….. At what age? …………………………………………………………………… Subi une intervention chirurgicale? A quel âge ? |
| - For what ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………. Pourquoi ?- Is he under medication ? ……………………………………………………………………………………………………………. Prend-il des médicaments ? |
| - Additional information / Informations supplémentaires |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Please enclose a recent photocopy of your child’s vaccination records. Thank you.**

**Prière de joindre une photocopie récente du carnet de vaccination. Merci.**

Date :……………………………… Signature of father, mother or legal guardian

Date Signature du père, de la mère ou du tuteur