|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Z:\My Pictures\verpleegster 4.jpg | ECOLE EUROPEENNE  **INFIRMERIE**  Avenue du Vert chasseur 46  1180 Bruxelles  Tél : 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**

|  |  |
| --- | --- |
| Surname  Nom ………………………………………………………. | First name  Prénom ………………………………………………….. |
| Nationality Sex  Nationalité ……………………………………… Sexe …….. | Class Section  Classe …………………. Section …………………. |
| Date of birth  Date de naissance …………………………………………… | Place of birth  Lieu de naissance ………………………………………. |
| Previous school  Ecole précédente ………………………………………………. | Spoken languages  Langues parlées ………………………………………….. |
| Name + [http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png](http://www.google.be/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwivrtPC-cHJAhUDPRQKHTibAj0QjRwIBw&url=http://www.sprookjesatelier.eu/stickers/keuken?dir=asc&order=popularity_by_reviews&bvm=bv.108538919,d.d24&psig=AFQjCNFFYnbbkqrcyaR9U52dHLzw1tcXLA&ust=1449309697005837) family doctor  Nom + [http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png](http://www.google.be/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwivrtPC-cHJAhUDPRQKHTibAj0QjRwIBw&url=http://www.sprookjesatelier.eu/stickers/keuken?dir=asc&order=popularity_by_reviews&bvm=bv.108538919,d.d24&psig=AFQjCNFFYnbbkqrcyaR9U52dHLzw1tcXLA&ust=1449309697005837) médecin de famille …………………………… | ……………………………………………………………………….. |
| Names + [http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png](http://www.google.be/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwivrtPC-cHJAhUDPRQKHTibAj0QjRwIBw&url=http://www.sprookjesatelier.eu/stickers/keuken?dir=asc&order=popularity_by_reviews&bvm=bv.108538919,d.d24&psig=AFQjCNFFYnbbkqrcyaR9U52dHLzw1tcXLA&ust=1449309697005837) + 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 name  Nom + Prénom |  |  |
| Address(es) parents  Adresse(s) parents |  |  |
| Home [http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png](http://www.google.be/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwivrtPC-cHJAhUDPRQKHTibAj0QjRwIBw&url=http://www.sprookjesatelier.eu/stickers/keuken?dir=asc&order=popularity_by_reviews&bvm=bv.108538919,d.d24&psig=AFQjCNFFYnbbkqrcyaR9U52dHLzw1tcXLA&ust=1449309697005837) Maison |  |  |
| GSM [http://www.fontsaddict.com/images/icons/png/29128.png](http://www.google.be/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj9hcLP-8HJAhWKOxQKHSlCAzIQjRwIBw&url=http://www.fontsaddict.com/icon/mobile-phone-16.html&bvm=bv.108538919,d.d24&psig=AFQjCNHxY3ze68WwN_p7pqc9I06xMCuYaA&ust=1449310190405615) |  |  |
| Office [http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png](http://www.google.be/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwivrtPC-cHJAhUDPRQKHTibAj0QjRwIBw&url=http://www.sprookjesatelier.eu/stickers/keuken?dir=asc&order=popularity_by_reviews&bvm=bv.108538919,d.d24&psig=AFQjCNFFYnbbkqrcyaR9U52dHLzw1tcXLA&ust=1449309697005837) Travail |  |  |
| Date of birth + Place  Date de naissance + lieu |  |  |
| Education |  |  |
| Profession |  |  |
| Parents are living: O together O separated O divorced O other  Parents 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 birth  Date 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 \* |
| Epilepy  L’epilepsy |  |  |
| Allergy  L’allergie |  |  |
| The eyes  Des yeux |  |  |
| The ears  Des oreilles |  |  |
| The heart  Du cœur |  |  |
| The teeth  Des dents |  |  |
| The back, the legs \*\*  Du dos, des jambes \*\* |  |  |
| Respiratory \*\*  Respiratoire \*\* |  |  |
| Circulatory  Circulaire |  |  |
| Digestive  Digestif |  |  |
| Weight  Du poids |  |  |
| Thyroid  Thyroïdien |  |  |
| Urinary  Urinaire |  |  |
| Genital  Génital |  |  |
| Gynecological :  *date first menstruation*  Gynécologique :  *date des premières règles* |  |  |
| Nervous, behavioural  Nerveux, comportemental |  |  |
| Language  Du langage |  |  |
| Learning  D’apprentissage |  |  |
| Psychological  Psychologique |  |  |
| Others  Autres |  |  |
| \* 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