



ECOLE EUROPEENNE
INFIRMERIE
 Avenue du Vert chasseur 46
 1180 Bruxelles
 Tél : 02/373.86.35

CONFIDENTIEL
DOCUMENT OFFICIEL D'INSCRIPTION

MEDICAL QUESTIONNAIRE (to be returned to the School Infirmary as soon as possible, in a closed envelope or UCC-INFIRMARY@eursc.eu)

QUESTIONNAIRE MEDICAL (à remettre à l'infirmerie le plus vite possible, sous enveloppe fermée ou UCC-INFIRMARY@eursc.eu)

1. Données de l'élève

Surname Nom	First name Prénom
Nationality Nationalité	Sex Sexe
Date of birth Date de naissance	Class Classe
Previous school Ecole précédente	Section Section
Name + ☎ family doctor Nom + ☎ médecin de famille	Place of birth Lieu de naissance
	Spoken languages Langues parlées

Names + ☎ + 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:

.....

2. Données des parents

	Mother / Mère	Father / Père
Surname + First name Nom + Prénom		
Address(es) parents Adresse(s) parents		
Home ☎ Maison		
GSM ☎		
Office ☎ Travail		
Date of birth + Place Date de naissance + lieu		
Education		
Profession		

Parents are living: together separated divorced 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 ?

.....

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

Surname / Nom	First name / Prénom	Date of birth / Date de naissance	Education

4. Family health condition / Etat de santé famille

	Length / Taille	Weight / Poids	Illness / Maladie *
Mother / Mère			
Father / Père			
Siblings / Frères et ou sœurs			

* 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 ?

6. Does your child suffer from problems at: / Votre enfant a-t-il de problèmes au niveau

	Which ? / Lequelle ?	Treatment / Traitement *
Epilepsy L'épilepsy		
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 : <i>date first menstruation</i> Gynécologique : <i>date des premières règles</i>		
Nervous, behavioural Nerveux, comportemental		
Language Du langage		
Learning D'apprentissage		
Psychological Psychologique		
Others Autres		
<p>* for example : glasses, kine, medication, operation, psychologue, logo,...</p> <p>Par exemple : des lunettes, kiné, médicaments, opérations, psychologue, logopédie,...</p> <p>** scoliosis, pneumonia, heart murmur,...</p> <p>Scoliose, pneumonie, souffle au cœur,...</p>		

Has he been hospitalized ? At what age?
Subi une intervention chirurgicale? A quel âge ?.....

For what ?
Pourquoi ?

Do they take 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.

Explicit consent for the processing of health data

The European School Brussels I, committed to the requirements set out in the General Data Protection Regulation, would like to ask you for your explicit consent to process your child's health data contained in this medical form.¹The information will only be processed by the school's health care staff and the emergency services in case of an accident and will be kept securely and destroyed 10 years after your child has left the school. You can find out more about how the school handles personal data by reading the Privacy Statement on the school's website: [Privacy Statements - EEB1](#). In accordance with the European Regulation n°2016/679/EU of 27 April 2016 you may at any time exercise your rights of access, rectification, opposition, and erasure of your data by contacting our Data Protection Officer: UCC-DPO-CORRESPONDENT@eursc.eu. If you consider that the European school has not complied with the data protection laws applicable (including the GDPR) or that your rights have been infringed as the result of the processing of your personal data, you have the right of recourse and can contact the [National Supervisory Data Protection Authority](#).

Consentement explicite pour le traitement de données de santé

L'École européenne de Bruxelles I, s'engageant au respect des exigences établies dans le Règlement General de Protection des données, tient à vous demander votre consentement explicite pour le traitement des données de santé de votre enfant contenues dans cette fiche médicale.²Les informations seront exclusivement traitées par le personnel soignant de l'école et les services d'urgences en cas d'accident, elles seront conservées de forme sécurisé et détruites 10 après que votre enfant a quitté l'école. Vous pouvez avoir plus d'informations sur comment l'école traite les données personnelles en consultant la Déclaration de confidentialité sur le site web de l'école : [Déclarations de confidentialité - EEB1](#). Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 vous pouvez à tout moment exercer vos droit d'accès, rectification, opposition et effacement de vos données en contactant notre Délégué à la protection des données : UCC-DPO-CORRESPONDENT@eursc.eu Si vous estimez que l'École européenne n'a pas respecté les lois applicables en matière de protection des données (y compris le GDPR) ou que vos droits ont été violés à la suite du traitement de vos données personnelles, vous disposez d'un droit de recours et pouvez contacter l'[Autorité nationale de contrôle de la protection des données](#).

I / Je _____ as the child's parent/legal representative- en tant que parent/représentant légal de l'enfant :

_____ give my explicit consent for my child's health information to be processed by the medical staff of the European School Brussels I / donne mon consentement explicite pour que les informations relatives à la santé de mon enfant soient traitées par le personnel soignant de l'École européenne de Bruxelles I.

Done at / Fait à _____ the / le _____

Signature of parent/legal representative / Signature du parent / représentant légal

¹ Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016, on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data on the free movement of such data; article 6, paragraph 1) point a).

² Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, article 6, parrapgraphe 1) point a).

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

NOM + Prénom élève: _____ Class: _____

- **Dans le cas d'une urgence nucléaire survenant pendant les heures scolaires**, sur la recommandation du Ministère de la Santé Publique ou des Gouverneurs de Province

J'autorise le personnel à administrer à mon enfant un comprimé d'iode en cas d'urgence nucléaire

Oui

Non

- **Dans le cas d'une urgence sanitaire qui concerne la méningite bactérienne,**

J'autorise le médecin scolaire et l'équipe médicale à administrer à mon enfant le traitement prophylactique contre la méningite bactérienne si cela s'avérait nécessaire (Ciprofloxacin)

Je n'autorise pas le médecin scolaire et l'équipe médicale à administrer à mon enfant le traitement prophylactique contre la méningite bactérienne et m'engage à

- venir chercher mon enfant le plus rapidement possible et lui faire prescrire un traitement approprié par le médecin traitant

- fournir une attestation du médecin traitant signalant que le traitement a été administré et que l'élève peut revenir à l'école

Tout élève n'ayant pas reçu ce médicament devra être écarté de l'établissement scolaire pour une durée de 7 jours à partir du dernier contact à risque.

Vous trouverez toutes les informations sur l'iode en cas d'urgence nucléaire et la méningite bactérienne sur le site de l'école dans la rubrique « Service médical »

- **Dans le cas de tout autre problème de santé important chez votre enfant pour lequel une communication entre le médecin scolaire et le médecin traitant / spécialiste serait utile,**

J'autorise le médecin scolaire à prendre contact avec le médecin traitant / spécialiste, dans le respect du secret médical

Oui

Non

Ce document est valable pour la durée de la scolarité de votre enfant au sein de notre établissement et sera conservé dans son dossier médical afin de préserver la confidentialité des informations.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, il convient de nous le signaler par e-mail à l'adresse :

UCC-INFIRMARY@eursc.eu

Je soussigné (e) (Nom et Prénom) :

Parent/ Représentant Legal de (Nom et Prénom) :

Date et signature :



CONSENT FORM

Name + Surname student: _____ Class: _____

- **In the event of a nuclear emergency occurring during school hours**, on the recommendation of the Ministry of Public Health or Provincial Governors

I authorise staff to administer an iodine tablet to my child in the event of a nuclear emergency

Yes

No

- **In the case of a health emergency involving bacterial meningitis,**

I authorise the school doctor and medical team to administer the following treatment to my child:

prophylaxis against bacterial meningitis if deemed necessary (Ciprofloxacin)

I do not authorise the school doctor and the medical team to administer to my child the

prophylactic treatment against bacterial meningitis and undertake to:

- pick up my child as soon as possible and have them prescribed appropriate treatment

by the treating physician;

- provide a certificate from the treating physician that the treatment has been administered and that the student can return to school.

Any student who has not received this medication should be kept out of school for 7 days from the last risky contact.

You will find all the information on iodine in case of nuclear emergency and bacterial meningitis on the school website under the heading "Medical Service".

- **In the case of any other significant health problem in your child for which communication between the school doctor and the General Practitioner /specialist would be useful,**

I authorise the school doctor to contact the attending doctor / specialist, in accordance with medical confidentiality

Yes

No

This document is valid for the duration of your child's schooling in our establishment and will be kept in his/her medical file in order to preserve the confidentiality of information.

If you wish to withdraw your consent, please notify us by e-mail at UCC-INFIRMARY@eursc.eu

I, the undersigned (Name and First Name) :

Date and signature :