



ECOLE EUROPEENNE
INFIRMERIE
Rue Berkendael 70-74
1190 Bruxelles
Tél : 02/340.14.87

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 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

	Parent (Père/mère ?)	Parent (Père/mère ?)
Surname + First name Nom + Prénom		
Address(es) parents Adresse(s) parents		
Home ☎ Maison		
GSM ☎		
Office ☎ Travail		

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 ?

.....

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 *
Parent			
Parent			
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 prématuré? A combien de mois ?
Weight at birth :..... Length at birth :..... Twins:
Poids de naissance Taille de naissance Jumeaux

- 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		
* for example : glasses, kine, medication, operation, psychologue, 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

Consentement explicite pour le traitement de données de santé

L'École européenne de Bruxelles I, s'engage 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. ¹

Les 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](#).

- ☐ Je _____ en tant que parent/représentant légal de l'enfant _____ 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.

Fait à _____ le _____

Signature du parent/représentant légal :

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

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.²

The 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](#).

☐ I _____ as the child's parent/legal representative _____ give my explicit consent for my child's health information to be processed by the medical staff of the European School Brussels I.

Done at _____ the _____

Signature of parent/legal representative:

² 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).