

Classe :

NOM Prénom: Date de naissance :

Médecin traitant :

Madame, Monsieur,

Votre enfant est scolarisé au Cours Saint Maur.

Pour la mise à jour de son dossier médical et afin d'assurer un meilleur suivi de sa santé, ce questionnaire, **strictement confidentiel**, sera **remis dans une enveloppe fermée annotée « Infirmierie » au secrétariat.**

Nous vous remercions de nous signaler également ses éventuels ennuis de santé durant l'année scolaire.

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Varicelle *Chicken pox* Coqueluche *Pertussis* Oreillons *Mumps* Rougeole *Measles*

Rubéole *Rubella* Scarlatine *Scarlet fever* Hépatite *Hepatitis*

Autre (préciser) :

Votre enfant est-il sujet aux :

Angines *Sore throat* Migraines *Migraine* Saignements de nez *Nosebleed*

Otites *Otitis* Maux de ventre *Stomach pain*

Autre (préciser) :

Votre enfant est-il :

Diabétique *Diabetic* Hémophile *Hemophiliac* Spasmophile *Spasmophilia*

Epileptique *Epileptic* Cardiaque *Heart disease*

Autres (préciser) :

Suit-il un traitement particulier *Any special treatment?* OUI NON

Si oui, lequel ?

Est-il allergique *Any allergy ?* OUI NON

À certains médicaments, lesquels *Medication allergy, which one ?*.....

Aux piqûres d'insectes *Insect bites allergy ?*.....

À certains aliments, lesquels *Food allergy ?*.....

Autres (préciser) :

Suit-il un régime alimentaire *Special diet?* OUI NON

Si oui, lequel ?

Est-il asthmatique *Asthmatic?* OUI NON

Suit-il un traitement pour l'asthme *Treatment for asthma ?* OUI NON

Si oui, lequel ?

A-t-il eu des fractures *Former fractures ?* OUI NON

Si oui, préciser :

A-t-il d'autres problèmes de santé *Any other health problem ?* OUI NON

Si oui, lesquels ?

A-t-il subi récemment une intervention chirurgicale *Recent surgery ?* OUI NON

Si oui, laquelle ?

Votre enfant porte-t-il *Is your child wearing :*

Des lunettes *Glasses*

Un appareil auditif *Hearing aid*

Un appareil dentaire *Braces*

Autre(s) information(s) que vous jugez nécessaire(s) pour l'infirmier *Other information our nurse should be informed with :*

Précautions particulières *Special precautions :*

En cas de **FIÈVRE et/ou DOULEURS**, autorisez-vous l'administration de **PARACÉTAMOL** par l'infirmière ?

*In case of **FEVER and/or PAIN**, do you authorise the nurse to deliver **PARACÉTAMOL** ?*

OUI

NON

Médicaments à l'école *Medicine at school:*

Si l'enfant doit suivre un traitement médicamenteux à l'école, **une ordonnance médicale datée, et visée est obligatoire**. *In case your child should follow a medicated treatment, it is obligatory to provide an official medical prescription with date and doctor's signature.*

Les **médicaments** doivent être remis non entamés à l'Infirmière et **en aucun cas placés dans le cartable**. *Any medicine should be given to the nurse only and unopened, **medicine should never be placed in the schoolbag.***

L'infirmière de l'école doit être contactée au **93 50 69 09** ou par mail : infirmerie_stmaur@monaco.mc.

En cas d'urgence ou d'accident, votre enfant sera transporté au Centre Hospitalier Princesse Grace par les pompiers. *In case of emergency, your child will be transported by the emergency services to the Centre Hospitalier Princesse Grace.*

Monaco, le ___ / ___ / _____

Signature des parents :

--	--