



Cours Saint Maur

QUESTIONNAIRE MEDICAL

ANNEE SCOLAIRE 2026/2027

Classe :

NOM Prénom: Date de naissance :

Médecin traitant :

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) :

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) :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI, PRI ou PPR ? ☐ PAI ☐ PRI ☐ PPR ☐ Aucun protocole

Est-il asthmatique *Asthmatic?* ☐ OUI ☐ NON

Si oui, bénéficie-t-il d'un PAI? ☐ OUI ☐ NON

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 ?

NOM Prénom: Classe :

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'infirmière *Other information our nurse should be informed with* :

Précautions particulières *Special precautions* :

En cas de **FIÈVRE et/ou DOULEURS**, autorisez-vous l'infirmière à administrer du **PARACÉTAMOL**?

*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.*

Personnes à contacter en cas d'urgence :

NOM, Prénom	Téléphone	Lien avec l'enfant
1		
2		
3		
4		
5		

L'infirmière de l'école doit être contactée au **93 50 69 09** ou par mail : infirmierie_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 Princess Grace.*

Monaco, le ____ / ____ / ____

Signature des parents :