

Note Confidentielle de renseignements

IDENTITÉ DE L'ENFANT :

NOM : Prénom :
 Adresse.....
 Date de naissance :
 Lieu de naissance :
 Responsable légal Tél. Domicile.....
 Tél. Portable.....
 Tél. Travail.....
 Adresse Mail :
 Ecole (nom et adresse)
 Ecole précédente si différente

La famille : NOM Prénom :
 Père :
 Mère :

Autres enfants (nom, prénom et date de naissance) :

.....

Langue(s) parlée(s) à la maison :

.....

Y a-t-il dans la famille, des antécédents de troubles du langage ou des apprentissages : dyslexie, autres

.....

Nom du médecin traitant :

Hospitalisation (date, raison)

Suivi médical spécialisé (ORL, ophtalmologue, orthopédie, autres) si oui par qui ?

.....

Maladies chroniques nécessitant un traitement médical permanent (asthme, allergie, diabète, épilepsie, autres.....

Autres suivis particuliers (orthophonie, psychomotricité, psychologique, CMP, CMPP, autres)

Si oui par qui ? :

.....

Age à l'entrée à l'école maternelle :

Était-il compréhensible :

OUI ☐ NON ☐

S'est-il bien adapté(e) à l'école :

OUI ☐ NON ☐

Présente-t-il des difficultés en ce qui concerne :

Le sommeil : OUI ☐ NON ☐ l'alimentation :

OUI ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un contrôle de la vue :

OUI ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un contrôle de l'audition :

OUI ☐ NON ☐

Votre enfant a-t-il bénéficié du bilan de 4 ans en moyenne section :

OUI ☐ NON ☐

Autres (précisez) :

.....

AUTRES OBSERVATIONS :

Que vous souhaitez nous communiquer concernant la santé ou l'adaptation à l'école de votre enfant :

.....

.....

DATE

SIGNATURE