

**À COMPLÉTER, DATER ET SIGNER PAR LE MÉDECIN TRAITANT**ELEVE :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et Lieu de Naissance : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin 

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Acuité auditive : Appareil : oui  non **ANTECEDENTS FAMILIAUX****PERE** : Age \_\_\_\_\_ ansEst-il malade ? Oui  Non 

Si oui, quelle est sa maladie ? \_\_\_\_\_

Si décédé, précisez la cause \_\_\_\_\_

**MERE** : Age \_\_\_\_\_ ansEst-elle malade ? Oui  Non 

Si oui, quelle est sa maladie ? \_\_\_\_\_

Si décédée, précisez la cause \_\_\_\_\_

Un des membres de votre famille (parents, grands-parents, frère, sœur, a-t-il ou a-t-il eu une de ces maladies ?

Asthme - Tuberculose - Hypertension artérielle ou maladie du cœur - Mort subite - Diabète - cancer - Maladie nerveuse.

Autre maladie : Précisez : \_\_\_\_\_

Prenez-vous un traitement médicamenteux ? Si oui, précisez (médicaments et pathologie) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VACCINATIONS

Vaccins	Dernières Injections	Prochain Rappel
DTP (Revaxis, Tétravac,)		
R.O.R		
Hépatite B		
Méningocoque		
Autres		

## TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

*Préciser les troubles (dyslexie, dyspraxie, dyscalculie, dysorthographe,...) et le niveau de difficultés* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Coordonnées de votre médecin traitant habituel :*

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné,

Docteur \_\_\_\_\_

Certifie exact les éléments mentionnés ci-dessus concernant l'élève, ou l'étudiant, M \_\_\_\_\_.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019.

Signature et Cachet.

## QUESTIONNAIRE ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

### MALADIES

Avez-vous eu les maladies suivantes ?

Bronchite fréquente : oui  non

Asthme : oui  non

Pneumothorax – Pleurésie : oui  non

Syncope, Perte de connaissance, évanouissement : oui  non

Palpitations : oui  non

Hypertension artérielle ou maladie du cœur : oui  non   
Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Manifestation d'intolérance à l'effort (Malaises divers) : oui  non   
Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Diabète : oui  non   
Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Troubles digestifs : oui  non

Anomalies dans les urines : oui  non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Anomalies sur un bilan sanguin dans les 12 derniers mois : oui  non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Calcul rénal ou urinaire : oui  non

Méningite, encéphalite : oui  non

Epilepsie, convulsions : oui  non

Paralysies : oui  non

Maladies gynécologiques : oui  non

Autres Maladies : oui  non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été hospitalisé ?

Si oui, précisez le motif \_\_\_\_\_

### ALLERGIES

Etes-vous allergique à certains médicaments ?

Si oui, lesquels \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies de la peau ? (Urticaire, eczéma) ? Oui  non

Avez-vous des allergies respiratoires (asthme-rhume des foins) ? Oui  non

Avez-vous des allergies alimentaires ? Oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des contre-indications aux vaccinations ? Oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou autres insectes ? Oui  non

Si oui, avez-vous été désensibilisé ? Oui  non



## COLONNE VERTEBRALE

Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale ? oui  non

Si oui, est ce en permanence ? oui  non

Souffrez-vous après un effort ? oui  non

Les douleurs sont-elles apparues après un accident ? oui  non

## ORTEILS

Avez-vous des mycoses ? oui  non

Avez-vous des ongles incarnés ? oui  non

Date de la dernière consultation chez un pédicure/podologue ? oui  non

## VOS SOUCIS

Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression ? oui  non

Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes ? oui  non

Avez-vous eu des troubles de l'alimentation ? (Anorexie, boulimie) ? oui  non

Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles du comportement ?  
oui  non

Vous êtes-vous infligé des blessures volontaires ? oui  non

Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ? oui  non

Avez-vous été suivi par un psychologue / pédopsychiatre ? oui  non

## HABITUDES DE VIE

Faites-vous du sport ? Si oui précisez : \_\_\_\_\_

Etes-vous fumeur habituel de tabac ? oui  non

Avez-vous eu des épisodes d'ivresse ? oui  non

Avez-vous déjà consommé des drogues et toxiques ? Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Je soussigné, certifie avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux signalés.  
Date, signature du candidat et de son représentant légal.