

Questionnaire pour la visite médicale précédant l'entrée à l'école

Les informations fournies en réponse aux questions 1 à 13 sont nécessaires au médecin scolaire dans le cadre de l'évaluation médicale/la visite médicale conformément à l'article 11 du Règlement général des écoles primaires du Land de Rhénanie-Palatinat (Schulordnung für öffentliche Grundschulen in Rheinland-Pfalz). La consultation effectuée en présence des parents et l'évaluation de l'état actuel du développement de l'enfant sont fondées sur ces informations. Il est demandé de répondre à ces questions dans tous les cas. Toute ambiguïté concernant certaines questions pourra être clarifiée lors de la consultation.



1. Renseignements sur la famille			Rempli le: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td><td colspan="2"></td></tr></table>						Jour	Mois	Année		
Jour	Mois	Année											
	Enfant	Titulaire de l'autorité parentale 1 (par ex. père/mère)	Titulaire de l'autorité parentale 2 (par ex. père/mère)										
Nom	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>										
Prénom	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>										
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>										
Date de naissance	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td><td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td><td colspan="2"></td></tr></table>						Jour	Mois	Année			Pays de naissance de l'enfant <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Jour	Mois	Année											
Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>												
2. Comment l'enfant a-t-il été pris en charge jusqu'à présent ? Quelle structure a-t-il fréquentée ?													
a) L'enfant a été pris en charge exclusivement au sein de la famille jusqu'à l'âge de ____ ans et ____ mois.													
b) Il a ensuite fréquenté les structures d'accueil suivantes : (Plusieurs réponses possibles)													
Crèche.....	<input type="checkbox"/>	Garderie.....	<input type="checkbox"/>										
		Garderie spécialisée.....	<input type="checkbox"/>										
Service d'accueil de jour.....	<input type="checkbox"/>	Garderie intégrative.....	<input type="checkbox"/>										
		Aucune.....	<input type="checkbox"/>										
c) L'enfant fréquente actuellement la structure suivante :													
Crèche.....	<input type="checkbox"/>	Garderie.....	<input type="checkbox"/>										
		Garderie spécialisée.....	<input type="checkbox"/>										
Service d'accueil de jour.....	<input type="checkbox"/>	Garderie intégrative.....	<input type="checkbox"/>										
		Aucune.....	<input type="checkbox"/>										
3. Quelle maladie infectieuse votre enfant a-t-il déjà contractée ? (Plusieurs réponses possibles)													
Varicelle.....	<input type="checkbox"/>	Oreillons.....	<input type="checkbox"/>										
		Salmonelles.....	<input type="checkbox"/>										
Scharlatine.....	<input type="checkbox"/>	Rubéole.....	<input type="checkbox"/>										
		Maladie de Lyme.....	<input type="checkbox"/>										
Erythème infectieux.....	<input type="checkbox"/>	Coqueluche.....	<input type="checkbox"/>										
		Encéphalite/méningite.....	<input type="checkbox"/>										
Rougeole.....	<input type="checkbox"/>	Hépatite B.....	<input type="checkbox"/>										
		Rotavirus.....	<input type="checkbox"/>										
Autre.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>										
		Aucune.....	<input type="checkbox"/>										
Si autre, spécifier <input style="width: 100%;" type="text"/>													
4. Quelles affections aiguës sont survenues au cours des 12 derniers mois ? (Plusieurs réponses possibles)													
Bronchite.....	<input type="checkbox"/>	Cystite	<input type="checkbox"/>										
		Laryngite striduleuse.....	<input type="checkbox"/>										
Mal de gorge/amygdalite.....	<input type="checkbox"/>	Pneumonie.....	<input type="checkbox"/>										
		Convulsions cérébrales.....	<input type="checkbox"/>										
Otite moyenne.....	<input type="checkbox"/>	Convulsions fébriles.....	<input type="checkbox"/>										
		Infections fréquentes.....	<input type="checkbox"/>										
Gastroentérite.....	<input type="checkbox"/>												
Autre.....	<input type="checkbox"/>	Aucune.....	<input type="checkbox"/>										
Si autre, spécifier <input style="width: 100%;" type="text"/>													

5. Votre enfant a-t-il déjà souffert des maladies ou troubles suivants diagnostiqués par un médecin ? (Plusieurs réponses possibles) Veuillez fournir des justificatifs, le cas échéant !

- | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Allergies..... | <input type="checkbox"/> | Polypes (adénoïdes)..... | <input type="checkbox"/> | Convulsions (épilepsie)..... | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermatite..... | <input type="checkbox"/> | Maladie de la colonne vertébrale | <input type="checkbox"/> | Tumeur/cancer..... | <input type="checkbox"/> |
| Bronchite chronique..... | <input type="checkbox"/> | Maladie thyroïdienne..... | <input type="checkbox"/> | Rhumatismes..... | <input type="checkbox"/> |
| Asthme bronchique..... | <input type="checkbox"/> | Malformation/maladie cardiaque..... | <input type="checkbox"/> | Autisme..... | <input type="checkbox"/> |
| Rhume des foins..... | <input type="checkbox"/> | Diabète sucré..... | <input type="checkbox"/> | Affection congénitale..... | <input type="checkbox"/> |
| Allergie alimentaire..... | <input type="checkbox"/> | Infection urinaire chronique | <input type="checkbox"/> | Handicap physique..... | <input type="checkbox"/> |
| Éruptions cutanées allergiques.. | <input type="checkbox"/> | Trouble déficitaire de l'attention..... | <input type="checkbox"/> | Handicap mental..... | <input type="checkbox"/> |
| Autre..... | <input type="checkbox"/> | Troubles psychiques..... | <input type="checkbox"/> | Aucun(e)..... | <input type="checkbox"/> |

Si autre, spécifier _____

6. Votre enfant a-t-il présenté les signes ou symptômes suivants au cours des 12 derniers mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Déficience visuelle..... | <input type="checkbox"/> | Maladie parasitaire..... | <input type="checkbox"/> | Intolérance alimentaire..... | <input type="checkbox"/> |
| Déficience auditive..... | <input type="checkbox"/> | Surpoids..... | <input type="checkbox"/> | Agitation motrice/hyperactivité..... | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du langage..... | <input type="checkbox"/> | Sous-poids..... | <input type="checkbox"/> | Agressivité..... | <input type="checkbox"/> |
| Retard de développement..... | <input type="checkbox"/> | Maux de tête fréquents.. | <input type="checkbox"/> | Troubles du sommeil..... | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de la concentration... | <input type="checkbox"/> | Maux de ventre fréquents..... | <input type="checkbox"/> | Ronflement fréquent (sans infection).. | <input type="checkbox"/> |
| Énurésie..... | <input type="checkbox"/> | Douleurs fréquentes aux jambes..... | <input type="checkbox"/> | Respiration par la bouche/respiration par le nez difficile | <input type="checkbox"/> |
| Encoprésie..... | <input type="checkbox"/> | Anxiété..... | <input type="checkbox"/> | Somnolence diurne excessive..... | <input type="checkbox"/> |
| Autre..... | <input type="checkbox"/> | | | Aucun..... | <input type="checkbox"/> |

Si autre, spécifier _____

7. Quels médecins ou thérapeutes votre enfant a-t-il consulté au cours des 12 derniers mois ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Pédiatre..... | <input type="checkbox"/> | Ophtalmologue..... | <input type="checkbox"/> | Naturopathe..... | <input type="checkbox"/> |
| Médecin traitant..... | <input type="checkbox"/> | ORL | <input type="checkbox"/> | Pédopsychiatre..... | <input type="checkbox"/> |
| Dentiste..... | <input type="checkbox"/> | Dermatologue..... | <input type="checkbox"/> | Psychologue..... | <input type="checkbox"/> |
| Orthodontiste..... | <input type="checkbox"/> | Urologue..... | <input type="checkbox"/> | Chirurgien/orthopédiste..... | <input type="checkbox"/> |
| Autre..... | <input type="checkbox"/> | Cardiologue..... | <input type="checkbox"/> | Aucun..... | <input type="checkbox"/> |

Si autre, spécifier _____

8. Votre enfant a-t-il subi l'un des examens ou suivi l'un des traitements suivants ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--|
| Diagnostic du développement..... | <input type="checkbox"/> | Veuillez préciser (par ex. chirurgie ambulatoire : polypes) | |
| Séjour de rééducation ou de cure..... | <input type="checkbox"/> | _____ | |
| Test d'allergie..... | <input type="checkbox"/> | _____ | |
| Chirurgie ambulatoire..... | <input type="checkbox"/> | _____ | |
| Séjour hospitalier..... | <input type="checkbox"/> | _____ | |
| Aucun examen/traitement..... | <input type="checkbox"/> | _____ | |

9. Quel traitement ou soutien votre enfant a-t-il reçu jusqu'à présent ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Orthophonie..... | <input type="checkbox"/> | Aide précoce..... | <input type="checkbox"/> | Pédagogie spécialisée..... | <input type="checkbox"/> |
| Ergothérapie..... | <input type="checkbox"/> | Aide à l'intégration..... | <input type="checkbox"/> | Psychothérapie..... | <input type="checkbox"/> |
| Kinésithérapie..... | <input type="checkbox"/> | Conseils à l'éducation..... | <input type="checkbox"/> | Accompagnement psychologique | |
| Orthodontie | <input type="checkbox"/> | | | Aide familiale..... | <input type="checkbox"/> |
| Autre..... | <input type="checkbox"/> | | | Aucun..... | <input type="checkbox"/> |

Si autre, spécifier _____

Quelles étaient les origines/causes du traitement et/ou du soutien ? _____

Période/durée du traitement : _____

10. Votre enfant a-t-il déjà été victime d'un accident ou d'une intoxication ayant nécessité un traitement médical ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Accident domestique..... | <input type="checkbox"/> | Accident de la circulation..... | <input type="checkbox"/> | Intoxication..... | <input type="checkbox"/> |
| Accident dans une structure d'accueil (par ex. préscolaire)..... | <input type="checkbox"/> | Accident à un autre endroit (par ex. club, gymnase)..... | <input type="checkbox"/> | Aucun..... | <input type="checkbox"/> |

11. Votre enfant a-t-il pris des médicaments au cours des 12 derniers mois ?

- Oui..... Non.....

Si oui, contre :

	Régulièrement	En cas de besoin	Nom du médicament
Allergies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthme bronchique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie (convulsions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hyperactivité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres maladies chroniques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Votre enfant a-t-il besoin de médicaments à l'école ? Régulièrement..... En cas de besoin.... Non.....

Votre enfant a-t-il besoin d'aide à la prise de médicaments à l'école ? Oui... Non.... Aucune prise de médicaments à l'école.....

12. Souhaitez-vous nous communiquer d'autres informations concernant votre enfant ?

13. Qui a rempli ce questionnaire ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Titulaire de l'autorité parentale 1..... | <input type="checkbox"/> | Grand-mère..... | <input type="checkbox"/> | Mère adoptive..... | <input type="checkbox"/> | Frères et sœurs de l'enfant | <input type="checkbox"/> |
| Titulaire de l'autorité parentale 2..... | <input type="checkbox"/> | Grand-père..... | <input type="checkbox"/> | Père adoptif..... | <input type="checkbox"/> | Autre personne..... | <input type="checkbox"/> |

Les questions 14 à 23 sont facultatives !

Les questions de cette page servent avant tout à établir un rapport de santé et aident la recherche en matière de santé infantile. Les réponses fournies n'influencent pas la visite médicale précédant l'entrée à l'école ni les consultations ou avis médicaux ultérieurs. En cas de doute, vous pouvez laisser certaines questions sans réponse. Aucun inconvénient n'en résultera pour vous ou votre enfant.

14. Pendant combien de temps l'enfant a-t-il été allaité ?		
a) Pas d'allaitement.....	<input type="checkbox"/> Moins d'un mois.....	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois.....
4 à 6 mois.....	<input type="checkbox"/> Plus de 6 mois.....	<input type="checkbox"/> Ne sais pas.....
b) L'allaitement a été complété à partir de l'âge de ____ mois (aliments complémentaires et/ou lait en poudre). <input type="checkbox"/> Ne sais pas.....		
15. Chez qui l'enfant vit-il principalement ? (Veuillez ne cocher qu'une seule réponse)		
Chez les parents biologiques.....	<input type="checkbox"/>	Chez des parents d'accueil/adoptifs..... <input type="checkbox"/>
Chez le titulaire de l'autorité parentale 1 seul.....	<input type="checkbox"/>	Chez d'autres membres de la famille..... <input type="checkbox"/>
Chez le titulaire de l'autorité parentale 2 seul.....	<input type="checkbox"/>	Chez d'autres personnes..... <input type="checkbox"/>
Dans une belle-famille ou une famille recomposée.....	<input type="checkbox"/>	Dans un foyer d'accueil..... <input type="checkbox"/>
En résidence alternée (avec la même fréquence chez les titulaires de l'autorité parentale vivant séparés).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Combien d'enfants vivent-ils dans votre foyer ? (Y compris l'enfant à scolariser)		
1 enfant <input type="checkbox"/> 2 enfants <input type="checkbox"/> 3 enfants <input type="checkbox"/> 4 enfants <input type="checkbox"/> Plus de 4 enfants <input type="checkbox"/> , à savoir ____ enfants.		
17. Quelles langues parlez-vous à la maison ? (Plusieurs réponses possibles)		
Allemand..... <input type="checkbox"/>	Autres langues.....	<input type="checkbox"/> Spécifier _____
18. Quel est votre pays de naissance ? (Veuillez préciser pour les deux titulaires de l'autorité parentale)		
Titulaire de l'autorité parentale 1	En Allemagne <input type="checkbox"/>	Dans un autre pays <input type="checkbox"/> Spécifier _____
Titulaire de l'autorité parentale 2	En Allemagne <input type="checkbox"/>	Dans un autre pays <input type="checkbox"/> Spécifier _____
19. Quelle est votre nationalité ? (Veuillez l'indiquer pour les deux titulaires de l'autorité parentale)		
Enfant	Allemande <input type="checkbox"/>	Autre nationalité <input type="checkbox"/> Spécifier _____
Titulaire de l'autorité parentale 1	Allemande <input type="checkbox"/>	Autre nationalité <input type="checkbox"/> Spécifier _____
Titulaire de l'autorité parentale 2	Allemande <input type="checkbox"/>	Autre nationalité <input type="checkbox"/> Spécifier _____
20. Fume-t-on dans votre foyer ?		
Jamais..... <input type="checkbox"/> Parfois..... <input type="checkbox"/> Souvent..... <input type="checkbox"/>		
21. Quel est votre diplôme scolaire le plus élevé ? (Veuillez préciser pour les deux titulaires de l'autorité parentale)		
	Titulaire de l'autorité parentale 1	Titulaire de l'autorité parentale 2
Certificat de fin de scolarité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brevet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat technologique (diplôme d'un lycée professionnel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre diplôme scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Encore) en formation scolaire (élève)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandon scolaire sans diplôme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune déclaration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Êtes-vous titulaire d'un diplôme de formation professionnelle ? Si autre, spécifier

(Veuillez n'indiquer que le diplôme le plus élevé.)

	Titulaire de l'autorité parentale 1	Titulaire de l'autorité parentale 2
Apprentissage (formation professionnelle en entreprise).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole professionnelle, école de commerce (formation scolaire-professionnelle).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole spécialisée (par ex. école technique, académie professionnelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haute école spécialisée, école d'ingénieurs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Université, établissement d'enseignement supérieur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre diplôme de formation professionnelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encore en formation professionnelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun diplôme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune déclaration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Quelle est l'étendue de votre activité professionnelle actuellement ?

	Titulaire de l'autorité parentale 1	Titulaire de l'autorité parentale 2
Activité à temps plein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité partielle (par ex. activité à temps partiel, activité à l'heure)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune activité professionnelle actuellement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>