

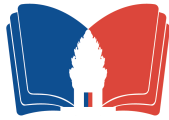
FORMULAIRE DE SANTÉ

Informations Élève		
Nom de famille	Prénom(s)	Prénom d'usage
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Âge actuel	Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance	Nationalité(s) 1. 2. 3.	Langue maternelle
Religion (si nécessaire)	En cas d'urgence, établissement hospitalier souhaité	
Historique médical Élève		
1. Veuillez décrire les éléments concernant la santé de votre enfant que vous pensez être utiles au personnel soignant de l'école : maladie(s) (épilepsie, asthme, diabète...), opérations chirurgicales, autre(s).		
2. Est-ce que votre enfant suit actuellement un traitement particulier (par voie orale ou par injection) ou prend des médicaments de manière régulière pour traiter les maladies citées ci-dessus ou autre ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser. L'école n'administrera aucun médicament sans l'accord préalable des parents. Si vous souhaitez que certains médicaments soient administrés à votre enfant à l'école, ils devront être remis à l'infirmier avec une autorisation signée de votre part ainsi que l'ordonnance du médecin.		
3. Est-ce que votre enfant a des problèmes de vision ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser.		
4. Quand est-ce que la vision de votre enfant a-t-elle été contrôlée la dernière fois ? (JJ/MM/AAAA)		
5. Est-ce que votre enfant souffre de problème d'audition ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser.		
6. Votre enfant est-il allergique ? Si oui, veuillez préciser. Dans le cadre d'allergies alimentaires, merci de préciser les précautions à prendre.		

Veillez présenter le carnet de santé et la copie du carnet de vaccinations de votre enfant.

Date (JJ/MM/AAAA)

Nom et signature des parent(s)



HEALTH QUESTIONNAIRE

Personal Information (To be completed by parents)		
Family Name	First Name (Preferred)	Middle Name
Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Age	Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/>
Place of Birth	Nationality(ies) 1. 2. 3.	Native Language ...
Religion (if necessary)	Emergency Instruction – hospital preferred and contact person	
Medical History (To be completed by parents)		
1. Please describe any medical conditions and health history that your child may have that EFI should be aware of i.e. epilepsy, diabetes, asthma, others.		
2. Does your child take any form of medication (oral or injected) on a regular basis for any of the above. Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, please provide full details. Note : The school will not administer any medication without the express consent of a parent. If you wish to have medication administered to your child at school, arrangements must be made in advance and a signed note from the parent and doctor must be provided.		
3. Does your child have any difficulty with their vision ? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, provide details.		
4. When was your child's vision last checked ? (DD/MM/YYYY)		
5. Does your child have any difficulty hearing ? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, provide details.		
6. Does your child have any allergies ? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, provide details.		
7. Does your child have any dietary restrictions ? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> If yes, provide details.		

Note: Please also bring a copy of your child's health and vaccination record.

Parent's Name & Signature: