

Questionnaire préalable à la visite médicale scolaire à remplir par les parents

Conformément à l'article 11 du Règlement général des écoles primaires du Land de Rhénanie-Palatinat, les réponses aux questions 1 à 12 doivent être remises au médecin scolaire préalablement à la visite médicale scolaire de votre enfant. Ces informations servent de base à la consultation – en présence des parents – et à l'évaluation du développement de l'enfant. Le traitement de ces questions est absolument nécessaire. En cas de doute sur certaines questions, le médecin scolaire vous fournira les précisions nécessaires au cours de l'entretien.



Rheinland-Pfalz
MINISTERIUM FÜR SOZIALES,
ARBEIT, GESUNDHEIT
UND DEMOGRAPHIE

1. Renseignements sur la famille

Rempli le :
jour mois année

	Enfant	Mère	Père
Nom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
Sexe	masculin... <input type="checkbox"/> féminin... <input type="checkbox"/>		
Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Pays de naissance de l'enfant <input type="text"/>	
	jour mois année		

2. Quelle structure d'accueil votre enfant a-t-il fréquentée jusqu'à ce jour ? (plusieurs réponses possibles)

Crèche..... Garderie..... Garderie spécialisée
Service d'accueil de jour Garderie intégrative **Aucune**

L'enfant fréquente la structure d'accueil actuelle depuis _____ ans et _____ mois.

Âge de l'enfant lors de sa première prise en charge hors du domicile familial : _____ ans _____ mois.

3. Quelle maladie infectieuse votre enfant a-t-il déjà contractée ?

Varicelle Oreillons Salmonelles
Scarlatine..... Rubéole Maladie de Lyme
Érythème infectieux..... Coqueluche Encéphalite/méningite
Rougeole Hépatite B Rotavirus
Autre Si autre, laquelle? _____ **Aucune**...

4. De quelle affection aigue votre enfant a-t-il souffert au cours de ces 12 derniers mois ?

Bronchite Cystite Laryngite striduleuse
Mal de gorge/amygdalite..... Pneumonie Convulsion cérébrale
Otite moyenne Convulsions fébriles Infections fréquentes.....
Gastroentérite.....
Autre..... Si autre, laquelle? _____ **Aucune**...

5. L'un des troubles suivants a-t-il déjà été diagnostiqué chez votre enfant ?

Veuillez fournir les rapports médicaux correspondants

Allergies Polypes (adénoïdes) Convulsions (épilepsie)
Neurodermatite Affection de la colonne vertébrale Tumeur/cancer
Bronchite chronique Maladie thyroïdienne Rhumatisme
Bronchite asthmatiforme Malformation/maladie cardiaque Autisme.....
Rhume des foies Diabète sucré Affection congénitale.....
Allergie alimentaire Infection urinaire chronique Handicap physique.....
Éruptions cutanées allergiques Trouble déficitaire de l'attention Handicap mental.....
Autre Si autre, lequel? _____ **Aucun**

6. Votre enfant a-t-il présenté les signes ou symptômes suivants au cours de ces 12 derniers mois ?

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Déficience visuelle..... | <input type="checkbox"/> | Maladie parasitaire..... | <input type="checkbox"/> | Intolérance alimentaire..... | <input type="checkbox"/> | |
| Déficience auditive..... | <input type="checkbox"/> | Obésité..... | <input type="checkbox"/> | Trouble de la motricité/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"/> | |
| Autres | <input type="checkbox"/> | Si autres, lesquels ? _____ | | | Aucun | <input type="checkbox"/> |

7. Quel médecin ou thérapeute votre enfant a-t-il consulté au cours de ces 12 derniers mois ?

- | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pédiatre..... | <input type="checkbox"/> | Ophthalmologue..... | <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"/> | Lequel ? _____ | | | Aucun | <input type="checkbox"/> |

8. Votre enfant a-t-il subi l'un des examens ou suivi l'un des traitements suivants ?

Veillez préciser votre réponse (par ex. chirurgie ambulatoire : polypes)

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| Diagnostic du développement..... | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Séjour de réadaptation 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. De quel traitement ou accompagnement votre enfant a-t-il bénéficié jusqu'à présent ?

- | | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Orthophonie..... | <input type="checkbox"/> | Aide précoce..... | <input type="checkbox"/> | Pédagogie spécialisée..... | <input type="checkbox"/> | |
| Ergothérapie..... | <input type="checkbox"/> | Éveil linguistique
(en établissement préscolaire)..... | <input type="checkbox"/> | Psychothérapie..... | <input type="checkbox"/> | |
| Kinésithérapie..... | <input type="checkbox"/> | Aide à l'intégration..... | <input type="checkbox"/> | Aide familiale..... | <input type="checkbox"/> | |
| Orthodontie..... | <input type="checkbox"/> | Conseils à l'éducation..... | <input type="checkbox"/> | Accompagnement psychologique..... | <input type="checkbox"/> | |
| Autre | <input type="checkbox"/> | Si autre, lequel ? _____ | | | Aucun | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Accident domestique..... | <input type="checkbox"/> | Accident de la circulation..... | <input type="checkbox"/> | Intoxication..... | <input type="checkbox"/> |
| Accident en milieu préscolaire/scolaire/club..... | <input type="checkbox"/> | Accident sur un autre lieu..... | <input type="checkbox"/> | Aucun | <input type="checkbox"/> |

11. Votre enfant a-t-il pris des médicaments au cours de l'année écoulée ?

Non... Oui...

Si oui, contre les affections suivantes

Régulièrement

En cas de besoin

Nom du médicament

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Allergies..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Asthme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Épilepsie (convulsions)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hyperactivité..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Autres affections..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

12. Avez-vous d'autres informations à nous communiquer sur votre enfant ?

Les questions 13 à 22 sont facultatives !

Ces questions servent principalement à l'établissement des rapports de santé au niveau régional. Elles n'influencent aucunement le bon déroulement de la première visite médicale scolaire ni les visites ou avis médicaux ultérieurs. En cas de doute, vous pouvez laisser certaines questions sans réponse. Il n'en résultera bien entendu aucun préjudice, ni pour vous ni pour votre enfant.

13. Pendant combien de temps votre enfant a-t-il été allaité ?

- a. Pas d'allaitement..... Moins d'1 mois..... 1 à 3 mois.....
 4 à 6 mois..... Plus de 6 mois..... Ne sais pas.....
- b. Allaitement **exclusif** jusqu'à l'âge de (en mois) Inconnu.....

14. Où se trouve le domicile principal de l'enfant ? (veuillez ne cocher qu'une seule réponse)

- Chez les parents biologiques..... Dans un foyer d'accueil.....
 Chez la mère (avec conjoint(e))..... Dans une famille d'accueil/famille adoptive.....
 Chez la mère (célibataire)..... Chez d'autres membres de la famille.....
 Chez le père (avec conjoint(e))..... Chez d'autres personnes.....
 Chez le père (célibataire).....

15. Combien d'enfants vivent dans votre foyer ? (y compris l'enfant devant être scolarisé)

- 1 enfant... 2 enfants... 3 enfants... 4 enfants... Plus de 4 enfants... Combien ? _____

16. Quelles langues parlez-vous à la maison ? (plusieurs réponses possibles)

- Allemand... Autres langues... Lesquelles ? _____

17. Quel est votre pays de naissance ? (des deux parents)

- Mère**..... Allemagne..... Autre pays..... Lequel ? _____
Père..... Allemagne..... Autre pays..... Lequel ? _____

18. Quelle est votre nationalité ? (De votre enfant et des deux parents)

- Enfant** Allemande Autre nationalité..... Laquelle ? _____
Mère..... Allemande Autre nationalité..... Laquelle ? _____
Père..... Allemande Autre nationalité..... Laquelle ? _____

19. Fume-t-on dans votre foyer ?

- Jamais... Occasionnellement... Souvent...

20. Quel diplôme de fin d'études avez-vous obtenu ? (des deux parents)

- | | Mère/ titulaire du droit de garde | Père/ titulaire du droit de garde |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Certificat de fin de scolarité..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brevet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baccalauréat technologique..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Baccalauréat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre diplôme de fin d'études..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Encore) en formation scolaire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Abandon scolaire sans diplôme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. Possédez-vous un diplôme de formation professionnelle ? Si oui, lequel ?
 (veuillez uniquement indiquer le diplôme le plus élevé obtenu respectivement par les deux parents)

	Mère/ titulaire du droit de garde	Père/ titulaire du droit de garde
Apprentissage (formation professionnelle en entreprise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
École professionnelle, école de commerce (formation professionnelle/scolaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
École 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 cours de formation professionnelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sans diplôme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Qui a rempli ce questionnaire ?

- Mère/titulaire du droit de garde..... Grand-mère Mère adoptive Frère/sœur de l'enfant
 Père/titulaire du droit de garde Grand-père..... Père adoptif Autre personne