RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Année 2023-2024

Suivis des soins actuels ou antérieurs :

Orthophonie :

☐ oui Si oui, quelle année : _____
☐ non

Psychomotricité :

☐ oui Si oui, quelle année : _____
☐ non

Psychologie :

☐ oui Si oui, quelle année : _____
☐ non

Psychiatrie :

☐ oui Si oui, quelle année : _____
☐ non

Suivis médicaux actuels ou antérieurs :

Asthme :

☐ oui nom du médecin faisant le suivi : _____
☐ non

Épilepsie :

☐ oui nom du médecin faisant le suivi : _____
☐ non

Problèmes dermatologiques :

☐ oui nom du médecin faisant le suivi : _____
☐ non

Autres maladies, précisez : _____

Hospitalisations, interventions chirurgicales précisez : _____

Les derniers suivis :

Le dernier RDV dentaire : _____

Le dernier RDV ophtalmologique : _____

Allergies– votre enfant présente-t-il des allergies ? :

☐ oui Si oui, lesquelles : _____
☐ non

Traitement–votre enfant prend-t-il un traitement ? :

☐ oui Si oui, merci de nous donner une photocopie de l'ordonnance.
☐ non