

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
Année 2024-2025

Suivis des soins actuels ou antérieurs :

Orthophonie :

- oui
 non

Si oui, quelle année : _____

Psychomotricité :

- oui
 non

Si oui, quelle année : _____

Psychologie :

- oui
 non

Si oui, quelle année : _____

Psychiatrie :

- oui
 non

Si oui, quelle année : _____

Suivis médicaux actuels ou antérieurs :

Asthme :

- oui
 non

nom du médecin faisant le suivi : _____

Épilepsie :

- oui
 non

nom du médecin faisant le suivi : _____

Problèmes dermatologiques :

- oui
 non

nom du médecin faisant le suivi : _____

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
 non

Si oui, lesquelles : _____

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

- oui
 non

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