

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Année 2025-2026

### 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 prochain rendez-vous dentaire :

Le dernier RDV ophtalmologique : \_\_\_\_\_

Le prochain rendez-vous ophtalmologique :

Autres rendez-vous programmés :

**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