

## Questionnaire pour la visite médicale précédant l'entrée à l'école

Les informations fournies en réponse aux questions 1 à 13 sont nécessaires au médecin scolaire dans le cadre de l'évaluation médicale/la visite médicale conformément à l'article 11 du Règlement général des écoles primaires du Land de Rhénanie-Palatinat (Schulordnung für öffentliche Grundschulen in Rheinland-Pfalz). La consultation effectuée en présence des parents et l'évaluation de l'état actuel du développement de l'enfant sont fondées sur ces informations. Il est demandé de répondre à ces questions dans tous les cas. Toute ambiguïté concernant certaines questions pourra être clarifiée lors de la consultation.



<b>1. Renseignements sur la famille</b>			Rempli le:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">e</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>							Jour	Mois	Année	e			
Jour	Mois	Année	e														
	Enfant	Titulaire de l'autorité parentale 1 (par ex. père/mère)	Titulaire de l'autorité parentale 2 (par ex. père/mère)														
Nom	_____	_____	_____														
Prénom	_____	_____	_____														
Sexe	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/>														
Date de naissance	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Jour</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Mois</td> <td style="text-align: center; font-size: 8px;">Année</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>							Jour	Mois	Année				Pays de naissance de l'enfant _____			
Jour	Mois	Année															
Adresse	_____																
<b>2. Comment l'enfant a-t-il été pris en charge jusqu'à présent ? Quelle structure a-t-il fréquentée ?</b>																	
a) L'enfant a été pris en charge exclusivement au sein de la famille jusqu'à l'âge de ____ ans et ____ mois.																	
b) Il a ensuite fréquenté les structures d'accueil suivantes : (Plusieurs réponses possibles)																	
Crèche.....	<input type="checkbox"/>	Garderie.....	<input type="checkbox"/>	Garderie spécialisée.....	<input type="checkbox"/>												
Service d'accueil de jour.....	<input type="checkbox"/>	Garderie intégrative.....	<input type="checkbox"/>	Aucune.....	<input type="checkbox"/>												
c) L'enfant fréquente actuellement la structure suivante :																	
Crèche.....	<input type="checkbox"/>	Garderie.....	<input type="checkbox"/>	Garderie spécialisée.....	<input type="checkbox"/>												
Service d'accueil de jour.....	<input type="checkbox"/>	Garderie intégrative.....	<input type="checkbox"/>	Aucune.....	<input type="checkbox"/>												
<b>3. Quelle maladie infectieuse votre enfant a-t-il déjà contractée ? (Plusieurs réponses possibles)</b>																	
Varicelle.....	<input type="checkbox"/>	Oreillons.....	<input type="checkbox"/>	Salmonelles.....	<input type="checkbox"/>												
Scharlatine.....	<input type="checkbox"/>	Rubéole.....	<input type="checkbox"/>	Maladie de Lyme.....	<input type="checkbox"/>												
Erythème infectieux.....	<input type="checkbox"/>	Coqueluche.....	<input type="checkbox"/>	Encéphalite/méningite.....	<input type="checkbox"/>												
Rougeole.....	<input type="checkbox"/>	Hépatite B.....	<input type="checkbox"/>	Rotavirus.....	<input type="checkbox"/>												
Autre.....	<input type="checkbox"/>	Covid-19.....	<input type="checkbox"/>	Aucune.....	<input type="checkbox"/>												
Si autre, spécifier _____																	
<b>4. Quelles affections aiguës sont survenues au cours des 12 derniers mois ? (Plusieurs réponses possibles)</b>																	
Bronchite.....	<input type="checkbox"/>	Cystite .....	<input type="checkbox"/>	Laryngite striduleuse.....	<input type="checkbox"/>												
Mal de gorge/amygdalite.....	<input type="checkbox"/>	Pneumonie.....	<input type="checkbox"/>	Convulsions cérébrales.....	<input type="checkbox"/>												
Otite moyenne.....	<input type="checkbox"/>	Convulsions fébriles.....	<input type="checkbox"/>	Infections fréquentes.....	<input type="checkbox"/>												
Gastroentérite.....	<input type="checkbox"/>																
Autre.....	<input type="checkbox"/>			Aucune.....	<input type="checkbox"/>												
Si autre, spécifier _____																	

**5. Votre enfant a-t-il déjà souffert des maladies ou troubles suivants diagnostiqués par un médecin ? (Plusieurs réponses possibles) Veuillez fournir des justificatifs, le cas échéant !**

- |                                  |                          |   |                          |                              |                          |
|----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Allergies.....                   | <input type="checkbox"/> | Polypes (adénoïdes).....                | <input type="checkbox"/> | Convulsions (épilepsie)..... | <input type="checkbox"/> |
| Neurodermatite.....              | <input type="checkbox"/> | Maladie de la colonne vertébrale        | <input type="checkbox"/> | Tumeur/cancer.....           | <input type="checkbox"/> |
| Bronchite chronique.....         | <input type="checkbox"/> | Maladie thyroïdienne.....               | <input type="checkbox"/> | Rhumatismes.....             | <input type="checkbox"/> |
| Asthme bronchique.....           | <input type="checkbox"/> | Malformation/maladie cardiaque.....     | <input type="checkbox"/> | Autisme.....                 | <input type="checkbox"/> |
| Rhume des foins.....             | <input type="checkbox"/> | Diabète sucré.....                      | <input type="checkbox"/> | Affection congénitale.....   | <input type="checkbox"/> |
| Allergie alimentaire.....        | <input type="checkbox"/> | Infection urinaire chronique ....       | <input type="checkbox"/> | Handicap physique.....       | <input type="checkbox"/> |
| Éruptions cutanées allergiques.. | <input type="checkbox"/> | Trouble déficitaire de l'attention..... | <input type="checkbox"/> | Handicap mental.....         | <input type="checkbox"/> |
| Autre.....                       | <input type="checkbox"/> | Troubles psychiques.....                | <input type="checkbox"/> | Aucun(e).....                | <input type="checkbox"/> |

Si autre, spécifier \_\_\_\_\_

**6. Votre enfant a-t-il présenté les signes ou symptômes suivants au cours des 12 derniers mois ? (Plusieurs réponses possibles)**

- |                                 |                          |                                     |                          |  |                          |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Déficience visuelle.....        | <input type="checkbox"/> | Maladie parasitaire.....            | <input type="checkbox"/> | Intolérance alimentaire.....                               | <input type="checkbox"/> |
| Déficience auditive.....        | <input type="checkbox"/> | Surpoids.....                       | <input type="checkbox"/> | Agitation motrice/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"/> |
| Autre.....                      | <input type="checkbox"/> |                                     |                          | Aucun.....   | <input type="checkbox"/> |

Si autre, spécifier \_\_\_\_\_

**7. Quels médecins ou thérapeutes votre enfant a-t-il consulté au cours des 12 derniers mois ? (Plusieurs réponses possibles)**

- |                       |                          |                    |                          |                              |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Pédiatre.....         | <input type="checkbox"/> | Ophtalmologue..... | <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"/> | Cardiologue.....   | <input type="checkbox"/> | Aucun.....                   | <input type="checkbox"/> |

Si autre, spécifier \_\_\_\_\_

**8. Votre enfant a-t-il subi l'un des examens ou suivi l'un des traitements suivants ? (Plusieurs réponses possibles)**

- |                                       |                          |   |  |
|---------------------------------------|--------------------------|---|--|
| Diagnostic du développement.....      | <input type="checkbox"/> | Veuillez préciser (par ex. chirurgie ambulatoire : polypes) |  |
| Séjour de rééducation 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. Quel traitement ou soutien votre enfant a-t-il reçu jusqu'à présent ? (Plusieurs réponses possibles)**

- |                     |                          |                             |                          |                              |                          |
|---------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Orthophonie.....    | <input type="checkbox"/> | Aide précoce.....           | <input type="checkbox"/> | Pédagogie spécialisée.....   | <input type="checkbox"/> |
| Ergothérapie.....   | <input type="checkbox"/> | Aide à l'intégration.....   | <input type="checkbox"/> | Psychothérapie.....          | <input type="checkbox"/> |
| Kinésithérapie..... | <input type="checkbox"/> | Conseils à l'éducation..... | <input type="checkbox"/> | Accompagnement psychologique |                          |
| Orthodontie .....   | <input type="checkbox"/> |                             |                          | Aide familiale.....          | <input type="checkbox"/> |
| Autre.....          | <input type="checkbox"/> |                             |                          | Aucun.....                   | <input type="checkbox"/> |

Si autre, spécifier \_\_\_\_\_

Quelles étaient les origines/causes du traitement et/ou du soutien ? \_\_\_\_\_

Période/durée du traitement : \_\_\_\_\_

**10. Votre enfant a-t-il déjà été victime d'un accident ou d'une intoxication ayant nécessité un traitement médical ? (Plusieurs réponses possibles)**

- |  |                          |  |                          |                   |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Accident domestique.....   | <input type="checkbox"/> | Accident de la circulation.....                          | <input type="checkbox"/> | Intoxication..... | <input type="checkbox"/> |
| Accident dans une structure d'accueil (par ex. préscolaire)..... | <input type="checkbox"/> | Accident à un autre endroit (par ex. club, gymnase)..... | <input type="checkbox"/> | Aucun.....        | <input type="checkbox"/> |

**11. Votre enfant a-t-il pris des médicaments au cours des 12 derniers mois ?**

Oui.....  Non.....

Si oui, contre :

	Régulièrement	En cas de besoin	Nom du médicament
Allergies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthme bronchique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie (convulsions) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hyperactivité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres maladies chroniques.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Votre enfant a-t-il besoin de médicaments à l'école ? Régulièrement.....  En cas de besoin....  Non.....

Votre enfant a-t-il besoin d'aide à la prise de médicaments à l'école ? Oui...  Non....  Aucune prise de médicaments à l'école.....

**12. Souhaitez-vous nous communiquer d'autres informations concernant votre enfant ?**

---



---



---



---

**13. Qui a rempli ce questionnaire ? (Plusieurs réponses possibles)**

- |  |                          |                 |                          |                    |                          |                             |                          |
|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Titulaire de l'autorité parentale 1..... | <input type="checkbox"/> | Grand-mère..... | <input type="checkbox"/> | Mère adoptive..... | <input type="checkbox"/> | Frères et sœurs de l'enfant | <input type="checkbox"/> |
| Titulaire de l'autorité parentale 2..... | <input type="checkbox"/> | Grand-père..... | <input type="checkbox"/> | Père adoptif.....  | <input type="checkbox"/> | Autre personne.....         | <input type="checkbox"/> |

## Les questions 14 à 23 sont facultatives !

Les questions de cette page servent avant tout à établir un rapport de santé et aident la recherche en matière de santé infantile. Les réponses fournies n'influencent pas la visite médicale précédant l'entrée à l'école ni les consultations ou avis médicaux ultérieurs. En cas de doute, vous pouvez laisser certaines questions sans réponse. Aucun inconvénient n'en résultera pour vous ou votre enfant.

<b>14. Pendant combien de temps l'enfant a-t-il été allaité ?</b>		
a) Pas d'allaitement.....	<input type="checkbox"/> Moins d'un mois.....	<input type="checkbox"/> 1 à 3 mois.....
4 à 6 mois.....	<input type="checkbox"/> Plus de 6 mois.....	<input type="checkbox"/> Ne sais pas.....
b) L'allaitement a été complété à partir de l'âge de ____ mois (aliments complémentaires et/ou lait en poudre). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ne sais pas.....</span>		
<b>15. Chez qui l'enfant vit-il principalement ? (Veuillez ne cocher qu'une seule réponse)</b>		
Chez les parents biologiques.....	<input type="checkbox"/>	Chez des parents d'accueil/adoptifs..... <input type="checkbox"/>
Chez le titulaire de l'autorité parentale 1 seul.....	<input type="checkbox"/>	Chez d'autres membres de la famille..... <input type="checkbox"/>
Chez le titulaire de l'autorité parentale 2 seul.....	<input type="checkbox"/>	Chez d'autres personnes..... <input type="checkbox"/>
Dans une belle-famille ou une famille recomposée.....	<input type="checkbox"/>	Dans un foyer d'accueil..... <input type="checkbox"/>
En résidence alternée (avec la même fréquence chez les titulaires de l'autorité parentale vivant séparés).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16. Combien d'enfants vivent-ils dans votre foyer ? (Y compris l'enfant à scolariser)</b>		
1 enfant <input type="checkbox"/> 2 enfants <input type="checkbox"/> 3 enfants <input type="checkbox"/> 4 enfants <input type="checkbox"/> Plus de 4 enfants <input type="checkbox"/> , à savoir ____ enfants.		
<b>17. Quelles langues parlez-vous à la maison ? (Plusieurs réponses possibles)</b>		
Allemand..... <input type="checkbox"/>	Autres langues.....	<input type="checkbox"/> Spécifier _____
<b>18. Quel est votre pays de naissance ? (Veuillez préciser pour les deux titulaires de l'autorité parentale)</b>		
Titulaire de l'autorité parentale 1	En Allemagne <input type="checkbox"/>	Dans un autre pays <input type="checkbox"/> Spécifier _____
Titulaire de l'autorité parentale 2	En Allemagne <input type="checkbox"/>	Dans un autre pays <input type="checkbox"/> Spécifier _____
<b>19. Quelle est votre nationalité ? (Veuillez l'indiquer pour les deux titulaires de l'autorité parentale)</b>		
Enfant	Allemande <input type="checkbox"/>	Autre nationalité <input type="checkbox"/> Spécifier _____
Titulaire de l'autorité parentale 1	Allemande <input type="checkbox"/>	Autre nationalité <input type="checkbox"/> Spécifier _____
Titulaire de l'autorité parentale 2	Allemande <input type="checkbox"/>	Autre nationalité <input type="checkbox"/> Spécifier _____
<b>20. Fume-t-on dans votre foyer ?</b>		
Jamais..... <input type="checkbox"/> Parfois..... <input type="checkbox"/> Souvent..... <input type="checkbox"/>		
<b>21. Quel est votre diplôme scolaire le plus élevé ? (Veuillez préciser pour les deux titulaires de l'autorité parentale)</b>		
	Titulaire de l'autorité parentale 1	Titulaire de l'autorité parentale 2
Certificat de fin de scolarité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brevet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat technologique (diplôme d'un lycée professionnel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre diplôme scolaire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Encore) en formation scolaire (élève) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abandon scolaire sans diplôme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune déclaration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Êtes-vous titulaire d'un diplôme de formation professionnelle ? Si autre, spécifier**

(Veuillez n'indiquer que le diplôme le plus élevé.)

	Titulaire de l'autorité parentale 1	Titulaire de l'autorité parentale 2
Apprentissage (formation professionnelle en entreprise).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecole professionnelle, école de commerce (formation scolaire-professionnelle).....	<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 formation professionnelle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucun diplôme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune déclaration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Quelle est l'étendue de votre activité professionnelle actuellement ?**

	Titulaire de l'autorité parentale 1	Titulaire de l'autorité parentale 2
Activité à temps plein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité partielle (par ex. activité à temps partiel, activité à l'heure)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aucune activité professionnelle actuellement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>