



7. Parlez-nous de **VOTRE ENFANT**

- Comment se sent-il à l'école ?
- Qu'aime-t-il faire en dehors de l'école ?
- Souhaitez-vous dire autre chose à propos de votre enfant (santé, relations aux autres, scolarité) ?



Si vous voulez rencontrer un membre de notre équipe, nous sommes disponibles pour discuter avec vous de toute question concernant votre enfant au **numéro de téléphone / mail** mentionnés ci-dessous



Nous vous remercions vivement de votre précieuse collaboration.

Date à laquelle le document a été complété :

Nom et signature :

Sauf opposition de votre part, les données de ce questionnaire et de l'examen médical, nécessaires à l'exercice des missions du Centre PMS avec lequel nous collaborons, pourront être transmises à ce dernier.

Le centre PMS/PSE accorde la plus haute importance à la protection de la vie privée et le traitement de vos données à caractère personnel s'effectue conformément à la législation européenne sur la protection de la vie privée, selon le Règlement général sur la protection des données*.

Dans le cadre de cette nouvelle législation des données personnelles :

- Vous pouvez à tout moment consulter et adapter vos données ;
- Nous prenons toutes les précautions strictes requises pour assurer la sécurité de vos données ;
- Vos données personnelles ne seront jamais communiquées à des tiers à des fins d'usage commercial par ceux-ci.

Les données communiquées par vos soins ne seront utilisées qu'à des fins de promotion de la santé de votre enfant (de manière totalement anonymisée) et à des fins de gestion ou d'évaluation des activités des centres PMS/PSE provinciaux comme le prévoit le décret PSE.

* Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) .

Maison Provinciale du Mieux-Être de Namur

Centre Psycho-Médico-Social / Service de Promotion de la Santé à l'École
Rue Château des Balances 3bis
B-5000 Namur
Tél. : +32(0)81 776 709 - 081 776 764
Fax : +32(0)81 776 944
pmspse.namur@province.namur.be



QUESTIONNAIRE DE SANTE CONFIDENTIEL

Madame, Monsieur, chers Parents,

Votre enfant va bénéficier d'un bilan de santé dans notre Service de Promotion Santé à l'École (PSE). Pouvez-vous répondre le plus complètement possible à ce questionnaire confidentiel afin de préparer son dossier médical scolaire et nous aider à mieux connaître son état de santé. Nous sommes tenus au secret professionnel, les informations que vous nous communiquez restent au centre et ne sont pas transmises à l'école.

Nous vous remercions d'avance pour le temps que vous prendrez pour répondre à celui-ci. Si vous le souhaitez, nous sommes disponibles pour vous aider à remplir ce document ou pour vous rencontrer.

1. IDENTITE DE L'ENFANT

- Nom : Prénom : Sexe : F M
- N° national (NISS) : Nationalité :
- Lieu et date de naissance : Nationalité :
- Eventuellement, date d'arrivée en Belgique :
- Adresse complète : Tél/ GSM :
- Adresse mail de contact : Tél/GSM :
- Adresse de l'autre parent si différente : Classe :
- Autre adresse mail éventuelle :
- Langue(s) parlée(s) à la maison :
- Ecole actuelle:
- Nom de l'école précédente (+ localité) :
- Médecin traitant (nom et coordonnées) :

2. INFORMATIONS FAMILIALES

| | Nom | Prénom | Age | Activité professionnelle ? Oui – Non | Vivant avec l'enfant ? Oui – Non |
|---|-----|--------|-----|---|-------------------------------------|
| Père/Mère | | | | | |
| Père/Mère | | | | | |
| Frères/sœurs 1 ^{er(e)} 2 ^{ème} 3 ^{ème} 4 ^{ème} 5 ^{ème} | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Autre(s) personne(s) ? (Préciser le lien de parenté) | | | | | |

- Y a-t-il eu des modifications dans la famille ces deux dernières années ?
 NON
 OUI : Naissance – Maladie – Séparation/divorce – Décès – Famille recomposée – Déménagement – autre :

3. PETITE ENFANCE (à compléter si c'est la 1^{ère} fois que votre enfant passe un examen dans NOTRE service)

- Naissance : Poids : Taille : Jumeaux/ triplés ? (Préciser)
L'enfant est-il adopté ? Oui – Non
Votre enfant est-il né avant la date prévue ? Oui – Non → Si oui, combien de temps avant ?
Y a-t-il eu des difficultés pendant la grossesse ? à la naissance ? (Préciser)

- Développement : - A quel âge a-t-il marché seul ?
- A quel âge a-t-il parlé ?
- Est-il propre la nuit ? Oui – Non
- Voulez-vous nous dire autre chose du développement de votre enfant ?

- Votre enfant a-t-il été suivi par une consultation ONE (adresse) :
 un(e) pédiatre ou un médecin généraliste (nom + adresse) :

4. SANTÉ DE LA FAMILLE :

- Taille du père : de la mère :
- Certains membres de la famille proche de votre enfant (père, mère, frères et sœurs) ont-ils (ou ont-ils eu) une maladie comme par exemple : maladie cardiaque (infarctus, hypertension, ...), cancer, diabète, tuberculose, troubles nerveux (épilepsie, dépression, ...), problème de poids (obésité ou maigreur), autres maladies ou handicaps ?



5. ETAT DE SANTE DE VOTRE ENFANT



| Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu : | | Est-il suivi ? | Par qui est-il suivi ? | Quand a eu lieu la dernière visite ? |
|---|---------|-------------------------------|------------------------|--------------------------------------|
| Otites à répétition | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Problème d'audition | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Problème de langage | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Problème de vue - cache - lunettes | Oui-Non | Oui-Non Oui-Non Oui-Non | | |
| Problèmes dentaires : caries, appareil dentaire | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Asthme ou allergie respiratoire | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Allergie alimentaire et/ou problème digestif | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Epilepsie et/ou convulsions | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Diabète | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Affection cardiaque, souffle au cœur | Oui-Non | Oui-Non | | |

| Votre enfant a-t-il ou a-t-il eu : | | Est-il suivi ? | Par qui est-il suivi ? | Quand a eu lieu la dernière visite ? |
|--|---------|----------------|------------------------|--------------------------------------|
| Problème urinaire et/ou génital (infections, malformation, règles douloureuses, ...) | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Problèmes orthopédiques (pieds-genoux-colonne) | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Problèmes de sommeil | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Difficultés relationnelles ou de comportement | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Changement de poids important (a-t-il fort maigri ou grossi récemment ?) | Oui-Non | Oui-Non | | |
| Autres : | | Oui-Non | | |

- Votre enfant a-t-il été opéré, accidenté ou hospitalisé ? OUI – NON
Si oui, pour quoi et à quel âge ?
- Prend-il des médicaments actuellement (y compris aérosol, pilule, pommade,...) ? OUI – NON
Si oui, lesquels ?
- Si c'était nécessaire, acceptez-vous que le **médecin scolaire** et/ou **l'infirmière** contacte(nt) les professionnels qui suivent votre enfant ? OUI – NON

6. VACCINATION

Connaître les vaccinations de votre enfant est très **important pour gérer les maladies transmissibles dans les écoles** : pouvez-vous agraffer une photocopie de sa carte de vaccination ou remplir ce tableau avec précision.

| AGE | 1 ^{ère} dose | 2 ^{ème} dose | 3 ^{ème} dose | 4 ^{ème} dose | 6 ans | 11-12 ans | 15-16 ans |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|-----------|-----------|
| VACCINS (Nom) | Date | Date | Date | Date | Date | Date | Date |
| Poliomyélite - Diphtérie - Tétanos - Coqueluche | | | | | | | |
| Haemoph. Influenz. b = Act Hib | | | | | | | |
| Hépatite B | | | | | | | |
| Rougeole - Rubéole - Oreillons | | | | | | | |
| Méningite C | | | | | | | |
| Rotavirus | | | | | | | |
| Pneumocoque | | | | | | | |
| Hépatite A+B | | | | | | | |
| Papilloma Virus (HPV) | | | | | | | |
| Autre(s) : | | | | | | | |

A-t-il/elle présenté une **réaction allergique** à l'un de ces vaccins ? OUI – NON

Si oui, précisez :