

ÉCOLES PUBLIQUES DE BRAINTREE

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

(À remplir par les parents ou tuteurs)

Nom : _____ Prénom Deuxième prénom Nom de famille	Classe : _____ Établissement : _____
Adresse : _____	Téléphone : _____
Établissement précédent : _____	Date d'aujourd'hui : _____
Date de naissance : _____	Ville et État de naissance : _____
Nom du père : _____	Profession : _____
Nom de la mère : _____	Profession : _____
Nombre d'enfants dans la famille en plus de l'élève : _____	Principale langue parlée chez l'élève : _____
Nom : _____ Date de naissance : _____	Nom : _____ Date de naissance : _____
Nom : _____ Date de naissance : _____	Nom : _____ Date de naissance : _____
L'enfant habite avec : <input type="checkbox"/> ses parents <input type="checkbox"/> sa mère <input type="checkbox"/> son père <input type="checkbox"/> quelqu'un d'autre	

Y a-t-il eu des complications à la naissance ? Oui Non Si oui, veuillez préciser : _____

L'enfant a-t-il (elle) eu les problèmes suivants ? Si oui, veuillez expliquer :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme _____ | <input type="checkbox"/> Fractures (endroit/date) _____ |
| <input type="checkbox"/> Allergies (liste) _____ | Utilisation de l'Epi-Pen <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques _____ | <input type="checkbox"/> Hépatite _____ |
| <input type="checkbox"/> Troubles rénaux _____ | <input type="checkbox"/> Scoliose _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabète _____ | <input type="checkbox"/> Troubles auditifs _____ <input type="checkbox"/> Prothèses auditives |
| <input type="checkbox"/> Crises épileptiques _____ | <input type="checkbox"/> Troubles oculaires _____ <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles |
| <input type="checkbox"/> Autres _____ | |

L'enfant prend-il (elle) des médicaments ? Si oui, indiquez le nom des médicaments et la raison : _____

L'élève peut-il (elle) participer à un programme d'éducation physique sans restriction ? Oui Non

Si non, veuillez expliquer pourquoi : _____

Médecin de famille : _____ Dentiste de famille : _____

J'autorise l'infirmière scolaire à communiquer les renseignements médicaux ci-dessus au personnel de l'école selon que de besoin pour la santé et la sécurité de mon enfant : Oui Non

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR : _____

Veuillez remettre le formulaire rempli à l'infirmière scolaire