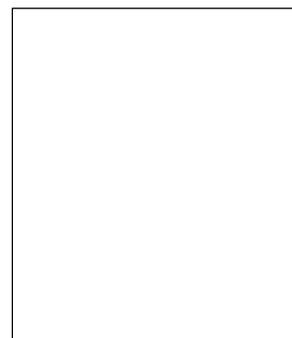


A joindre à l'inscription dans un pli fermé adressé au service médical  
 Ecole européenne Luxembourg II  
 6, Rue Gaston Thorn  
 L-8268 BERTRANGE



**SERVICE MEDICAL**

**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL À REMPLIR ET À RETOURNER  
 ACCOMPAGNÉ DE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION**

**DONNEES PERSONNELLES**

NOM de l'enfant	
PRENOM	
DATE de naissance	
LIEU de naissance	
N° Matricule CNS Enfant	
NATIONALITE	
SEXE	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>
CYCLE	
CLASSE	
SECTION LINGUISTIQUE	
ADRESSE	
NOM de la personne responsable	
NOM du médecin traitant	

**CONTACTS IMPORTANTS**

Tel. Mère :	GSM	
	Domicile	
	Travail	
Tel. Père	GSM	
	Domicile	
	Travail	

Personne de confiance que nous pouvons contacter en cas d'accident ou de maladie et pouvant éventuellement venir chercher votre enfant si vous n'êtes pas joignables/disponibles.

Nom	
Lien relationnel	
Tel GSM/Domicile/Travail	

## ANTECEDENTS FAMILIAUX

### PÈRE

Nom		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
N° Matricule CNS		Profession	
Etat de santé		Taille (cm)	

### MÈRE

Nom		Prénom	
Date de naissance		Lieu de naissance	
N° Matricule CNS		Profession	
Etat de santé		Taille (cm)	

### FRÈRES ET SŒURS

Nom et prénom	Date de naissance	Etat de santé

## ANTECEDENTS DE L'ENFANT

### Naissance et développement

	OUI	NON
Naissance à terme		
Réanimation à la naissance		
Difficultés respiratoires, digestives ou autres		
Malformation à la naissance		
Poids à la naissance		
Taille à la naissance		
Retard dans le développement		
Trouble du langage		
Avez-vous des remarques au niveau de son comportement		

**Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ? Si oui, veuillez svp indiquer la date :**

	OUI	NON		OUI	NON
Rougeole			Angines répétées		
Rubéole			Bronchites répétées		
Varicelle			Otites répétées		
Oreillons			Hépatite virale		
Scarlatine			Rhumatisme articulaire aigu		
Pneumonie bactérienne			Bronchopneumonie		
Méningite virale/bactérienne					
Autre					

**Hospitalisations, interventions et traumatismes :**

	OUI	NON	
Hospitalisation(s)			
Intervention(s) chirurgicale(s)			
Traumatisme(s): Fracture			
Traumatisme(s): Brûlure			
<b>Autre</b>			

**ETAT ACTUEL ET SUIVI DE L'ENFANT**

	OUI	NON
Acquisition de la propreté (Condition préalable pour la rentrée à l'école maternelle)		
Trouble du langage		
Suivi par un Orthophoniste/Logopède		
Trouble de l'audition		
Suivi par un ORL		
Trouble de la vue		
Doit-il porter des lunettes		
Suivi par un Ophtalmologue		
Date du dernier contrôle		
Suivi par un Kinésithérapeute		
S'il s'agit d'une fille en puberté, est-elle réglée		
Troubles du sommeil		
Avez-vous des remarques au niveau de son comportement		
Suivi par un Psychologue		
Support pédagogique dans la classe ou en dehors		
Autre		

**PATHOLOGIES CHRONIQUES ET MEDICATION**

	OUI	NON		OUI	NON
Allergie			Diabète		
Allergie alimentaire			Epilepsie		
Intolérance alimentaire			Convulsions fébriles		
Asthme			Pathologie cardiaque		
Rhume des foins			Pathologie digestive		
Eczéma			Pathologie rénale		
Autre					

	OUI	NON
<b>Nécessité d'une médication d'urgence à l'école</b>		
<b>PAI</b>		
Nécessité d'une médication chronique à la maison		
Nécessité d'une médication chronique à l'école		

***En cas de fièvre et/ou douleurs, j'autorise l'infirmière à administrer si nécessaire :***

	OUI	NON
<b><i>Paracétamol</i></b>		
<b><i>Ibuprofène</i></b>		

## INFORMATIONS IMPORTANTES

### **En cas de problème de santé nécessitant une surveillance particulière et/ou une médication :**

Un projet d'accueil individualisé (**PAI**) signé par le médecin traitant et le Ministère de la Santé ainsi que la médication nécessaire doivent être remis aux infirmières du service médical dès la scolarisation de l'enfant.

Si votre enfant ne possède pas de PAI, veuillez en informer également les infirmières.

### **En cas d'allergie/intolérance alimentaire, les parents sont responsables de la préparation des repas spécifiques :**

- Régime hypoallergénique préparé à la cantine (NATAMA) :  
Eurest contact.eel2@eurest.lu ou 00352 2631 3187  
L'inscription à la cantine est la responsabilité des parents.
- Régime « tartiniste » préparé par les parents

### **En cas d'accident grave pendant la période scolaire :**

L'école se réserve le droit de solliciter l'assistance des services d'urgence et d'intervention.

Dans ce cas, les soins et le transport des élèves vers l'unité hospitalière de garde sont confiés et assurés au travers des ambulanciers. (cfr MEMORANDUM)

Les parents en sont immédiatement avertis.

***Les données de ce document sont confidentielles, conservées dans le carnet médical et diffusées uniquement en cas de nécessité au personnel en charge de votre enfant.***

***Lorsque votre enfant quittera l'école, vous pourrez récupérer son carnet médical à l'infirmerie.***

Le Service Médical reste à votre disposition.

Date : ..... Signatures des parents : .....

.....

<b>INFIRMIERES</b>		
<b>Ecole Européenne Luxembourg II</b> 6, Rue Gaston Thorn L – 8268 Bertrange	<i>Maternelle/Primaire</i> <a href="mailto:MAM-INFIRMERIE-MAT-PRI@eursc.eu">MAM-INFIRMERIE-MAT-PRI@eursc.eu</a>	<i>Mme. Margarita RODRIGUEZ</i> <i>Mme Marjorie THIRY</i>
	<i>Secondaire</i> <a href="mailto:MAM-INFIRMERIE-SEC@eursc.eu">MAM-INFIRMERIE-SEC@eursc.eu</a>	<i>Mme Alexandra ROTH</i> <i>Mme Cathy BOURGOGNE</i>