

**Note Confidentielle de renseignements**

**IDENTITÉ DE L’ENFANT :**

NOM ………………………………………………….. Prénom ………………………………………….. Adresse ……………………..........................................................................................................

Date de naissance ………………………………

Lieu de naissance ……………………………….

Tél. Domicile………………………………..

Responsable légal Tél. Portable…………………………………

Tél. Travail………………………………..

Adresse Mail …………………………………………………………………….……………………………….

Ecole (nom et adresse) ………………………....................................................................................

Ecole précédente si différente ………………………………………………………….………………………

La famille : NOM  Prénom

Père ………………………………… ………………………………………

 Mère ……………………………….. ………………………………………

Autres enfants (nom, prénom et date de naissance) ………………………………………………………….……………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………

Langue(s) parlée(s)à la maison ……………………………………………………………………………………….

Y a-t-il dans la famille, des antécédents de troubles du langage ou des apprentissages : dyslexie, autres

………………………………………………………………………………………………………………….

Nom du médecin traitant …………………………………………………………………….……………..

Hospitalisation (date, raison) ………………………………………………………………………………..

Suivi médical spécialisé (ORL, ophtalmologue, orthopédie, autres) si oui par qui ?

………………………….……………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………

Maladies chroniques nécessitant un traitement médical permanent (asthme, allergie, diabète, épilepsie, autres………………………………………………………………………………………

Autres suivis particuliers (orthophonie, psychomotricité, psychologique, CMP, CMPP, autres)

Si oui par qui ? ………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Age à l’entrée à l’école maternelle ………………

Etait-il compréhensible **OUI**  🞎 **NON** 🞎

S’est-il bien adapté(e) à l’école **OUI**  🞎 **NON** 🞎

Présente-t-il des difficultés en ce qui concerne

Le sommeil **OUI 🞎** **NON** 🞎 l’alimentation  **OUI** 🞎 **NON** 🞎

Votre enfant a-t-il bénéficié d’un contrôle de la vue  **OUI**  🞎 **NON** 🞎

Votre enfant a-t-il bénéficié d’un contrôle de l’audition  **OUI**  🞎 **NON** 🞎

Votre enfant a il bénéficié du bilan de 4 ans en moyenne section  **OUI**  🞎 **NON** 🞎

Autres (précisez) : ……………………………………………………………………………………………………..

**AUTRES OBSERVATIONS :**

Que vous souhaitez nous communiquer concernant la santé ou l’adaptation à l’école de votre enfant

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DATE SIGNATURE