

**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