**Fiche médicale – Suivi extérieur**

Nom : …………………………………………………

Prénom : …………………………………………….

Classe : ……………………………………………….

Chers parents,

Afin d’aider et de connaître au mieux votre enfant, merci de compléter ce petit questionnaire.

1. **Problèmes médicaux :**

Votre enfant a-t-il :

* Un problème de vue ? oui – non

Si oui, lequel ? ………………………………………………………………………………………………………………………

* Porte-t-il des lunettes ? oui – non

Si oui, quand doit-il les porter ? ………………………………………………………………………………………

* Un problème d’ouïe ? oui – non

Si oui, lequel ? ………………………………………………………………………………………………………………………

* Une allergie ? oui – non

Si oui, laquelle ? ……………………………………………………………………………………………………………………

* De l’asthme ? oui – non
* Subi une opération chirurgicale ? oui – non

Si oui , laquelle ? ……………………………………………………………………………………………………………………

* Un problème de santé particulier ? oui – non

Si oui, lequel ? ……………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Situation familiale :**

Votre enfant vit avec :

* ses deux parents
* l’un des deux parents le plus souvent (père – mère)
* l’un des deux parents (garde alternée)
* autre : …………………………………………………………………………….

A la maison, pour faire ses devoirs, votre enfant est aidé par :

* ses parents
* ses frères et sœurs
* autre : ……………………………………………………………………

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

1. **Suivi extérieur :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et n° de réléphone | Fréquence (ex : 1x/sem) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Votre enfant est suivi par un/une

* logopède
* école des devoirs
* psychologue
* prof. particulier
* autre : ……………………………

**Signature des parents :**

*Ecole communale de Thulin*

*Rue Ferrer, 20 – 7350 Thulin*

* 065/65 27 50*

 *La Direction*