



SERVICE MÉDICAL

(EN) MEDICAL-PEDAGOGICAL QUESTIONNAIRE

(FR) QUESTIONNAIRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

(DE) MEDIZINISCHER/PEDAGOGISCHER FRAGEBOGEN

NAME / NOM / NAME:

First name / Prénom / Vorname:

Gender / Sexe / Geschlecht:

Section and class / Section et classe / Sprachabteilung und Klasse:

Date and place of birth / Date et lieu de naissance / Geburtsdatum und -ort:

In Belgium since / En Belgique depuis / In Belgien seit:

Address / Adresse / Adresse:

Nationality(ies) / Nationalité(s) / Staatsangehörigkeit(en):

Father / Père / Vater:

Mother / Mère / Mutter:

With whom does your child live / Avec qui votre enfant vit-il/elle / Lebt Ihr Kind bei:

- Mother / Mère / Mutter
- Father / Père / Vater
- Someone else / Quelqu'un d'autre / Jemand anderem

Siblings / Frères et/ou sœurs / Geschwister:

Name / Nom / Name	Date of birth / Date de naissance / Geburtsdatum

Telephone number / Numéro de téléphone / Telefonnummer:

	Mother / Mère / Mutter	Father / Père / Vater
Home / Privé / Privat		
Office / Bureau / Arbeitsstelle		
Mobile / GSM		

Names and telephone numbers of two other people who, in your absence, can collect your child from school in case of an accident or illness:

Noms et numéros de téléphone de deux autres personnes qui, en votre absence, peuvent venir chercher votre enfant en cas d'accident ou de maladie :

Name und Telefonnummer von zwei weiteren Personen, die im Fall Ihrer Abwesenheit Ihr Kind bei Unfall oder Krankheit abholen können:

Name / Nom / Name	Number / Numéro de téléphone / Telefonnummer

Was your child born prematurely? / Votre enfant est-il né prématurément ? / Ist ihr Kind vor dem errechneten Geburtstermin geboren? :

- Yes / Oui / Ja
- No / Non / Nein

How early? / À combien de mois ? / Mit wieviel Monaten?:

Weight at birth / Poids à la naissance / Geburtsgewicht:

Normal delivery / Accouchement normal / Normale Entbindung:

- Yes / Oui / Ja
- No / Non / Nein

When did s/he walk? / Âge des premiers pas / In welchem Alter lernte es laufen?:

Is your child dry at night? / Votre enfant est-il propre la nuit ?/ Ist es nachts sauber?:

- Yes / Oui / Ja
- No / Non / Nein

Does your child suffer from / Votre enfant est-il atteint de / Hat ihr Kind:

- Visual impairment / Maladie des yeux / Krankheit der Augen
- Auditory impairment / Maladie des oreilles / Ohrenkrankheit
- Heart disease / Maladie du coeur / Herzkrankheit
- Epilepsy / Épilepsie / Epilepsie:
- Allergy / Allergie / Allergie:

Is s/he suffering from a recurrent illness / Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique / Leidet es unter einer chronischen Krankheit?:

- Yes / Oui / Ja
- No / Non / Nein

Has s/he had an accident or been hospitalized? / Votre enfant a-t-il subi un accident ou été hospitalisé ? / Unfall oder Krankenhausaufenthalt?:

- Yes / Oui / Ja
- No / Non / Nein

Reason / Cause / Anlass:

.....

.....

.....

.....

.....

Has s/he been referred to a speech and language therapist, an occupational therapist, a psychologist or other specialist? / Votre enfant est-il suivi en logopédie, psychomotricité, psychothérapie, autres? / Wird es durch Logopädie, Psychomotoriktherapie, Psychotherapie unterstützt?:

- Yes / Oui / Ja
- No / Non / Nein

Do any of the following conditions apply to your child? / L'un des cas suivants s'applique-t-il à votre enfant? / Leidet Ihr Kind unter?:

- Language delay / Trouble du langage / Sprachschwierigkeiten
- Developmental delay / Retard de développement / Entwicklungsverzögerung
- Hyperactive / hyperactivité / Hyperaktivität
- Behavioural or psychological difficulties / Troubles psychologique et/ou du comportement / Psychologischen oder Verhaltensproblemen
- Any particular syndrome / Syndrome particulier / Einem besonderen Syndrom
- Problems other than those cited above / Autres problèmes que ceux cités ci-dessus / Einem anderen Problem als die oben aufgeführten

Additional information / Informations supplémentaires / Zusätzliche Informationen:

.....

.....

.....

.....

Is s/he taking any medication? / Prend-il/elle des médicaments ? / Nimmt es Medikamente?:

- Yes / Oui / Ja
- No / Non / Nein

Date of last tetanus vaccination / Date du dernier vaccin anti-tétanos / Datum der letzten Tetanus-Impfung:

Date of the last visit at the dentist / Date de la dernière consultation dentaire / Letzter Zahnarztbesuch:

Please **enclose a recent photocopy of your child's vaccination records** / Merci de joindre une **photocopie récente du carnet de vaccination** de votre enfant / Bitte die **neueste Photokopie des Impfausweises** beifügen.

I certify that the information given in this questionnaire is correct and up-to-date / Je déclare que les informations transmises sont correctes et à jour / Ich bestätige, dass die gemachten Angaben korrekt sind.

Date / Date / Datum:

Signature / Signature / Unterschrift: