

**INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE/
 DÉCLARATION DE LA PERSONNE QUI A LA CHARGE DE L'ENFANT POUR LA
 SANTÉ PUBLIQUE DE L'ÉCOLE**

Le nom de l'école:

Pour le contrôle d'arrivée de votre enfant nous Vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire et le rendre le plus rapidement possible à l'infirmière de l'école. Les informations sont confidentielles.

1 Élève	Nom de famille et prénoms		Numéro national d'identité
	Adresse personnelle		Téléphone personnel
2 Parents/ personnes qui ont la charge de cet enfant, chez qui l'élève habite	Nom et année de naissance		Métier et téléphone au travail
	Langue maternelle <input type="checkbox"/> finnois <input type="checkbox"/> suédois <input type="checkbox"/> autre		Travail en dehors de la maison <input type="checkbox"/> Travail de jour <input type="checkbox"/> Travail posté <input type="checkbox"/> Travail de soir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Travail de soir <input type="checkbox"/> Souvent en déplacement
	Relations de famille/ d'éducation vis à vis de l'élève <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Grand parent <input type="checkbox"/> Parent adoptif <input type="checkbox"/> Autre, lequel:		
	Nom et année de naissance		Métier et téléphone au travail
	Langue maternelle <input type="checkbox"/> finnois <input type="checkbox"/> suédois <input type="checkbox"/> autre		Travail en dehors de la maison <input type="checkbox"/> Travail de jour <input type="checkbox"/> Travail posté <input type="checkbox"/> Travail de soir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Travail de nuit <input type="checkbox"/> Souvent en déplacement
	Relations de famille/ d'éducation vis à vis de l'élève <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Grand-parent <input type="checkbox"/> Parent adoptif <input type="checkbox"/> Autre, lequel :		
3 Sœurs et frères de l'élève	Nom et année de naissance		État de santé
			École/ centre de contrôles de santé
4 État de santé actuel de l'élève	<input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Mauvais		
5 Maladies de l'élève	De quelles maladies l'élève souffre-t-il ?		
6 Médicaments d'utilisation continue ou répétitive l'élève	Nom du médicament		
7 Allergies de l'élève	Aliment	Nom de la substance	
	Médicament		
	Autre substance		
8 Symptômes fréquents chez l'élève	<input type="checkbox"/> Rhume <input type="checkbox"/> Respiration obstruée <input type="checkbox"/> Pharyngites <input type="checkbox"/> Excéma <input type="checkbox"/> Crampes <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Maux de ventre <input type="checkbox"/> Douleurs de croissance <input type="checkbox"/> Manque d'appétit <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Autre, lequel:		
9 Maladies et	Maladies de longue durée importantes, accidents, opérations, invalidité ou handicap		

perturbations de l'élève			
10 Vue et ouïe de l'élève	<input type="checkbox"/> Défaut visuel <input type="checkbox"/> Porte des lunettes <input type="checkbox"/> Soigné à cause de défaut visuel, où:		
	<input type="checkbox"/> Défaut de l'ouïe <input type="checkbox"/> Porte l'appareil auditif <input type="checkbox"/> Soigné à cause de défaut de l'ouïe, où:		
	<input type="checkbox"/> Défaut de prononciation, lequel	<input type="checkbox"/> Soigné à cause de défaut de prononciation <input type="checkbox"/> où:	
11 Autres symptômes présents chez l'élève	<input type="checkbox"/> Énurésie le jour <input type="checkbox"/> Énurésie la nuit <input type="checkbox"/> Salit les pantalons <input type="checkbox"/> Difficultés d'adaptation <input type="checkbox"/> Agitation		
	<input type="checkbox"/> Des peurs <input type="checkbox"/> Des défis ou des caprices <input type="checkbox"/> Ronge les ongles <input type="checkbox"/> A des frissons au visage		
	<input type="checkbox"/> Sensible à pleurer <input type="checkbox"/> Difficultés s'endormir <input type="checkbox"/> Sommeil agité <input type="checkbox"/> Grince des dents		
	En train d'être soigné / soigné, où:		
12 Mode de garde de jour où l'élève a été avant l'école	<input type="checkbox"/> Garde des enfants à domicile		Nom de la personne qui garde/ Nom de l'endroit de garde
	Crèche familiale		
	<input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Communale		
	Crèche		
	<input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Communale		
	Foyer d'accueil pour enfants		
	<input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Communale		
13 Garde de l'élève en dehors des horaires d'école	Qui s'occupe de l'enfant en dehors des heures d'école lorsqu'il a commencé l'école		Nom de la personne qui garde/ de l'endroit de garde
14 Centre de contrôle de santé ou l'élève a été suivi	Nom de ce centre de contrôles de santé ou l'enfant a été suivi en dernier		
15	Permettez-vous que votre enfant soit vacciné avec les vaccins de base et d'intensification nécessaires à l'âge d'école	Le médecin ou l'infirmière de l'école, peut-il selon sa propre réflexion informer le professeur des problèmes de santé de l'enfant qui éventuellement influencent au travail d'école	Avez-vous des choses basées sur votre philosophie personnelle que vous souhaitez prendre en considération à l'école et aux soins de santé de l'école
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16 Information supplémentaire de l'élève	Par ex. de la santé de l'élève, du trajet maison-école, des moyens de transport, des états de santé des membres de famille, du milieu d'habitation ou autres choses de ce genre		
17	Y-a-t-il autrement quelque chose de particulier dont vous voulez discuter avec l'infirmière de l'école		
	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, quoi :		
18 Signature	Lieu et date		Signature et nom en clair de la personne qui a la garde de l'enfant
19 L'infirmière de l'école	Nom		Numéro de téléphone