



Fiche de Renseignements
Administratifs
et
Médicaux

ENFANT : (nom-prénom) Fille - Garçon
Né(e) le : à (Pour les grandes villes préciser arrondissement)
N° de téléphone de l'enfant :
Adresse :

Fratrie :
Nombre de frères et sœurs : Position dans la fratrie :

PARENTS :
Père : (nom-prénom) : Profession :
Adresse (si différente de l'enfant) :
Tél Dom. : Tél. port. : Tél Trav. :
Adresse Mail : @

Mère : (nom-prénom) : Profession :
Adresse (si différente de l'enfant) :
Tél Dom. : Tél. port. : Tél Trav. :
Adresse Mail : @

Autorité parentale : Père/Mère Père Mère Autre responsable

Copie du jugement de divorce obligatoire

Matricule Sécurité Sociale de l'assuré : CMU : OUI - NON
Adresse de la Caisse :
Nom et adresse de la Mutuelle :
N° Assurance Scolaire :
Nom et Adresse :

I) Antécédents Médicaux familiaux :

Y a-t-il eu dans la famille (père, mère, frères et sœur, oncle et tantes, ainsi que les grands-parents) des cas de :

Asthme ? Oui - Non Chez qui :

Bronchiolite(s): Oui - Non Chez qui :

Rhume des foins ? Oui - Non Chez qui :

Eczéma ? Oui - Non Chez qui :

Autres : Chez qui :

II) Chez l'enfant concerné par le séjour climatique :

1) Maladie de la petite enfance :

Eczéma : Oui - Non Date : Coqueluche : Oui - Non Date :

Bronchiolite(s) Oui - Non Date :

Autres pathologies (reflux, etc.) : Date(s) :

2) Interventions chirurgicales :

Amygdales : Oui - Non Date : Appendicite : Oui - Non Date :

Végétations : Oui - Non Date :

Autre(s) opération(s) : Date(s) :

Transfusion(s) sanguine(s) : Oui - Non Date(s) :

3) Maladie actuelle :

Asthme : Oui - Non

Autre pathologie respiratoire : Oui - Non - Si oui, laquelle :

Absentéisme scolaire : Oui - Non - Nombre de jours/an :

Hospitalisations : Oui - Non - Dates :

4) Conditions de vie au domicile :

Type habitat : Appartement - Maison - Ancien - Ancien rénové - Nouveau

Bailleur Social - Temporaire (hôtel ou foyer social)

Confort : Nombres d'occupants au foyer : Nombre de chambres : Logement dégradé

Qualité du chauffage : satisfaisant Oui Non - Recours à un chauffage d'appoint

Environnement : Ville - Campagne - Banlieue - Moquette sol ou murale - Tapis

Peintures anciennes Humidité - Moisissures - Animaux de compagnie -

Nuisibles (Blattes, etc.) - Pollution atmosphérique -

Parent(s) fumeur(s) au domicile Oui - Non

5) Allergies respiratoires – Allergies ou évictions alimentaires :

.....

.....

6) Traitement actuel :

.....

.....

7) Désensibilisation : Oui - Non – Pour quel(s) allergène(s) :

Si oui : en gouttes ou en pressions Oui - Non

en injections Oui - Non

8) Activité sportive actuelle : Oui - Non si oui, laquelle :

9) Séjour(s) antérieurs(s) :

Séjour(s) climatique(s) : Oui - Non Si oui : où :

Date(s) : Résultats :

Cure(s) thermale(s) : Oui - Non Si oui : où :

Date(s) : Résultats :

Coordonnées Médecin Spécialiste (Pédiatre – Allergologue – Pneumologue – etc.)

NOM : Prénom : Spécialité Tél. :

Adresse :

Coordonnées Médecin Généraliste :

NOM : Prénom : Tél. :

Adresse :

III) Suivi paramédical : (si oui précisez : Nom-adresse-téléphone-période-fréquence des séances)

Orthophonistes : Oui Non

Psychomotriciens : Oui Non

Psychologues ou psychothérapeutes : Oui Non

CMPP : Oui Non

Dossier MDPH : (si oui joindre bilan compte rendu) : Oui Non

Assistante Social ou Éducateur de Secteur : Oui Non

IV) Scolarisation Actuelle :

Niveau scolaire – Classe actuelle : :

Langue vivante 1 : Anglais - Allemand - Espagnol - Italien - Autre :

Langue vivante 2 : Anglais - Allemand - Espagnol - Italien - Autre :

Établissement fréquenté :

Adresse :

Joindre copie des 3 derniers bulletins trimestriels pour les séjours à l'année scolaire

V) Autres informations concernant votre enfant :

- Autonomie dans les actes de la vie quotidienne : (selon âge)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gère son linge correctement | <input type="checkbox"/> Se lave tout(e) seul(e) |
| <input type="checkbox"/> Mange tout(e) seul(e) | <input type="checkbox"/> S’habille tout(e) seul(e) |

- Relations sociales :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problème relationnel | <input type="checkbox"/> Timide |
| <input type="checkbox"/> Problème de comportement à l'école | <input type="checkbox"/> Difficulté à s'exprimer |

VI) Divers : utilisez cette partie de page pour nous indiquer vos attentes pour ce séjour ou nous signaler tout autres compléments ou explications que vous souhaitez communiquer, et qui peuvent aider à mieux situer les difficultés de votre enfant, et son histoire particulière, problèmes familiaux, religion, etc. (Précisez qui est le rédacteur. Merci):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date :

Signature :

« Conformément à la loi 78-17 du 06 Janvier 1978, la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurerait dans un fichier. Ce droit d'accès pourra être exercé auprès de l'établissement destinataire du questionnaire. Il est signalé que les réponses aux questions sont facultatives mais que leur absence peut entraver la prise en charge du dossier »