

## Questionnaire médical

Veuillez imprimer ces deux formulaires « Questionnaire médical » et « Attestation médicale » (page suivante), soit remplis directement à l'écran, soit en vue de les remplir manuellement, signer le premier et faire signer le second par votre médecin traitant, puis nous les renvoyer tous deux sous enveloppe cachetées, avec la mention « Questionnaire médical », à l'adresse ci-dessous.

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Sexe \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

### Maladies passées

Rubéole     Coqueluche     Varicelle     Oreillons

Rougeole     Scarlatine     Diphtérie

*Veuillez cocher les cases correspondantes (réponses facultatives).*

Autres pathologies / allergies \_\_\_\_\_

Accidents \_\_\_\_\_

Opérations \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

## Attestation médicale

Ce document atteste de la réalisation de l'examen médical préalable et de la vérification de la validité des vaccins obligatoires.

L'élève \_\_\_\_\_ de la classe \_\_\_\_\_

a été soumis aux examens suivants :

des yeux     des oreilles     de son état de santé général

Rien ne s'oppose à la participation aux cours de sport et de natation

L'élève est dans l'incapacité de participer aux cours de sport et de natation  
(joindre une attestation médicale).

Les vaccins (veuillez indiquer les dates)

diphtérie \_\_\_\_\_

tétanos \_\_\_\_\_

polio \_\_\_\_\_

test tuberculique (chez groupes à risque seulement) \_\_\_\_\_

sont à jour     oui     non

ont donné lieu à un rappel     oui     non

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Cachet et signature du médecin \_\_\_\_\_