

Fiche d'anamnèse

Instructions pour remplir cette fiche :

Remplir ou cocher ce qui convient

Nous vous prions de bien vouloir nous fournir les informations suivantes afin de pouvoir réaliser l'examen d'entrée à l'école de manière complète et vous conseiller de manière qualifiée. Le traitement des données se fonde entre autres sur l'article 12, alinéa 1, de la Loi sur les services de santé publique (GDG) et sur l'article 6, alinéa 1, n° 1, de l'Ordonnance sur les soins de santé à l'école (SchulgespflV). Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement des données dans les informations sur la protection des données que vous avez reçues en même temps que l'invitation à l'examen d'entrée à l'école.

| | | |
|--|-------------------------|-------------------------------|
| Nom de famille de l'enfant | Prénom de l'enfant | Date de naissance |
| Nombre de frères et sœurs | Nationalité de l'enfant | Pays de naissance de l'enfant |
| Nom et adresse du/de la responsable de l'enfant <i>Nom, Prénom</i> <i>Nom, Prénom</i> <i>N° de tél.</i> <i>N° de tél.</i> <i>Adresse</i> | | |
| Jardin d'enfants | | |
| Durée de fréquentation de la crèche/de la garderie/du jardin d'enfants (en années) : _____ | | |
| Votre enfant fréquente-t-il actuellement un jardin d'enfants ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Type d'école maternelle : <input type="checkbox"/> Crèche régulière (y compris jardin d'enfants en forêt, Montessori, etc.) <input type="checkbox"/> Établissement de préparation scolaire (SVE) <input type="checkbox"/> Garde d'enfants médico-pédagogique (HPT) <input type="checkbox"/> Place d'intégration / jardin d'enfants d'intégration <input type="checkbox"/> Autres (lequel ?) : _____ | | |
| Grossesse et déroulement de l'accouchement (indications dans le cahier jaune) | | |
| Poids à la naissance : _ _ _ Grammes semaines de grossesse accomplies : _ _ Semaine de grossesse <input type="checkbox"/> Naissance multiple | | |
| Développement | | |
| Troubles du langage au cours du développement <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| L'enfant grandit en parlant plusieurs langues <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| Contact avec la langue allemande <input type="checkbox"/> depuis la naissance <input type="checkbox"/> pas depuis la naissance Si le contact avec la langue allemande ne date pas de la naissance, à partir de quel âge ? _ ans _ _ mois | | |
| Langue maternelle des parents (veuillez l'indiquer pour les deux parents) ? <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Autres langues (lesquelles ?) : _____ <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Autres langues (lesquelles ?) : _____ | | |
| Quelles sont les langues parlées à la maison ? <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Autre(s) langue(s) (lesquelles ?) : _____ | | |
| Votre enfant est-il <input type="checkbox"/> droitier <input type="checkbox"/> gaucher <input type="checkbox"/> encore indécis | | |
| Diriez-vous que, dans l'ensemble, votre enfant a des difficultés dans un ou plusieurs des domaines suivants ? Humeur (déprimé, anxieux, chancelant, irascible), concentration (ne peut pas rester assis longtemps, n'écoute pas la lecture avec persévérance), comportement, relations avec les autres ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |

| Mesures de soutien ou traitements | | | |
|---|--|---|---|
| Participation au cours préparatoire d'allemand | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> prévu |
| Thérapie du langage (logopédie) | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> terminé | <input type="checkbox"/> en cours actuellement <input type="checkbox"/> prévu |
| Informations sur les maladies antérieures ou les restrictions médicales | | | |
| Votre enfant a-t-il déjà été examiné par un ophtalmologue ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui</i> : Les éléments suivants ont été constatés ou mis en place : | | | |
| <input type="checkbox"/> Résultat sans rien d'anormal | <input type="checkbox"/> Des lunettes ont été prescrites | | |
| <input type="checkbox"/> Myopie (Myopia) | <input type="checkbox"/> Hypermétropie | <input type="checkbox"/> Strabisme | |
| Avez-vous emmené votre enfant chez le dentiste au cours des 12 derniers mois ? | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles auditifs graves congénitaux | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui</i> , veuillez répondre aux questions suivantes : | | | |
| Trouble auditif congénital | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | <input type="checkbox"/> bilatéral |
| Avoir un appareil auditif | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | <input type="checkbox"/> bilatéral |
| Implanté cochléaire | <input type="checkbox"/> gauche | <input type="checkbox"/> droite | <input type="checkbox"/> bilatéral |
| Troubles du métabolisme/des hormones (uniquement les résultats diagnostiqués par un médecin) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui, lesquelles</i> : | | | |
| <input type="checkbox"/> Déficit en MCAD | <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie (congénitale) | | |
| <input type="checkbox"/> PKU | <input type="checkbox"/> AGS | <input type="checkbox"/> Mucoviscidose | <input type="checkbox"/> Diabète sucré (type 1) |
| <input type="checkbox"/> Autres : | | | |
| Âge au moment du diagnostic : __ __ __ (ans / mois) | | | |
| Autres maladies chroniques : | | <input type="checkbox"/> Oui (<i>laquelle ?</i>): | <input type="checkbox"/> Non |
| Handicap grave : | | <input type="checkbox"/> Oui (<i>lequel ?</i>): | <input type="checkbox"/> Non |
| Médicaments à prendre régulièrement : | | <input type="checkbox"/> Oui (<i>lequel ?</i>): | <input type="checkbox"/> Non |
| Connaissez-vous des maladies de votre enfant qui nécessitent des mesures particulières dans des situations d'urgence ? (par ex. allergies, épilepsie, etc.) | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <i>Si oui, lesquelles ?</i> | | | |
| Existe-t-il dans la famille (parents, frères et sœurs) | | | |
| ▶ un trouble de la lecture et de l'écriture (dyslexie) | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| ▶ un problème de calcul (dyscalculie) | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Rempli le :