



EUROPASKOLEN ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ESCUELA EUROPEA SCUOLA EUROPEA ESCOLA EUROPEIA EUROPASKOLAN	EUROPÄISCHE SCHULE EUROPEAN SCHOOL ECOLE EUROPEENNE EUROPESE SCHOOL EUROOPPA-KOULU
---	--

B4-211-2  
Original: FR

MEDICAL/PEDAGOGICAL QUESTIONNAIRE  
QUESTIONNAIRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
MEDIZINISCHER/PEDAGOGISCHER FRAGEBOGEN

NAME / NOM / NAME:

First name / Prénom / Vorname:

Gender / Sexe / Geschlecht:

Class and section / Classe et section / Klasse und Sprachabteilung:        /

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

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

Adress / Adresse / Adresse:

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

Father / Père / Vater:

Mother / Mère / Mutter:

With whom does your child live / Votre enfant vit-il avec / 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 / Geburtstag
	/    /
	/    /
	/    /
	/    /

**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 fetch 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	Phone number / Numéro de téléphone / Telefonnummer

Was your child born prematurely / Votre enfant est-il né prématurement / Ist ihr Kind zur rechten Zeit geboren:

How early / A combien de mois / Mit wieviel Monaten:

Weight at birth / Poids à la naissance / Geburtsgewicht:

Normal delivery / Accouchement normal / Normale Entbindung:

At what age did he/she walk / Age de la marche / In welchem Alter lernte es laufen:

Is your child dry at night / Est-il propre la nuit / Ist es nachts sauber:

Does your child suffer from / Votre enfant a-t-il / Hat ihr Kind

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

Is he/she suffering from a recurrent illness / Souffre-t-il d'une maladie récurrente / Leidet es unter einer chronischen Krankheit:

**Accident or Hospitalisation / Accident ou hospitalisation / Unfall oder Krankenhausaufenthalt:**

**Reason / Cause/ Anlass:**

**Has he/she been referred to a speech and language therapist, an occupational therapist, a psychologist or other specialist / Est-il suivi en logopédie, psychomotricité, psychothérapie, autres / Wird es durch Logopädie, Psychomotricité, Psychotherapie unterstützt**

**Do any of the following conditions apply to your child / Votre enfant souffre-t-il / Leidet Ihr Kind unter :**

- language delay / trouble du langage / Sprachschwierigkeiten
- developmental delay / retard développemental / Entwicklungsrückstand
- hyperactive / hyperactivité / Hyperaktivität
- behavioural or psychological difficulties / problèmes 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 he/she taking any medication / Prend-il des médicaments / Nimmt es Medikamente**

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

/ /

**Date de la dernière visite chez un dentiste / Date of the last visit at the dentist / Letzter Zahnarztbesuch**

/ /

I certify that the information given in this questionnaire is true / Certifié sincère / Ich bestätige dass die gemachten Angaben korrekt sind.

**Date / Datum:** / /

**Signature / Unterschrift:** \_\_\_\_\_

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