



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

☞ Cette fiche est à remplir à la maison et à remettre au médecin lors de la prochaine consultation

Coordonnées :

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :/...../..... A :

Nationalité : Sexe : Garçon Fille

Adresse :

.....

.....

☎ Téléphone fixe : 0590..... ☎ Portable : 0690.....

Parents, personnes référentes :

Nom et prénom du père :

Nationalité :

Nom et prénom de la mère :

Nationalité :

Autres (grand-mère, tante, tuteur) :

Profession des parents :

Père : Mère :

Allocataires : API RMI AAH

Situation familiale :

Parents en couple Parent seul Parents divorcés : date ____/____/____/

Garde principale : Père Mère Alternée

Parent veuf : date ____/____/____/ Famille recomposée

Composition de la famille :

	Mère	Père	1°enfant	2°enfant	3°enfant		
Age							
Poids(kg)							
Taille (m)							
IMC(Facultatif)							
Sexe	F	M					

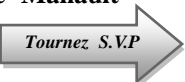
Scolarité :

En quelle classe est actuellement votre enfant ?.....

A-t-il redoublé ? Non Oui Une classe, laquelle ?.....

Plusieurs classes, lesquelles ?.....

Votre enfant mange-t-il à la cantine ? oui non



Mode de garde :

Comment votre enfant est-il gardé après l'école ?

- Mère Père Grands-parents Autre membre de la famille
 Assistante familiale Accueil ASE Voisins
 Seul Autre : précisez :

Activité sportive et loisirs

Votre enfant est-il inscrit dans un club sportif oui non
Si oui quel sport : combien d'heures par semaine :h
Si non, serait-il intéressé par un sport ? Si oui, lequel ? :

Loisirs :

Jeux en dehors de l'école (marche, foot avec les copains, plage) : oui non

Quelles sont les habitudes alimentaires de votre enfant ?

- Prend-il un petit déjeuner ? Oui Non Parfois
Prend-il une collation le matin ? Oui Non Parfois
Prend-il un goûter ? Oui Non Parfois
Est-ce qu'il grignote ? Oui Non Parfois
Consomme-t-il des boissons sucrées (ex : sodas) ? Souvent Parfois Rarement
Consomme-t-il des produits gras et salés (ex : chips) Souvent Parfois Rarement
Se ressert-il à table ? Oui Non

Combien de fruits et légumes mange-t-il par jour ?

Combien d'heures de sport fait-il par semaine ?

Nombre d'heure par semaine à l'école :h
Nombre d'heure par semaine en dehors : h

Du côté des parents,

- Son père fait-il du sport ? : Oui Non
Sa mère fait-elle du sport ? : Oui Non
Faites-vous du sport avec votre enfant ? : Oui Non

Hygiène de vie :

Comment votre enfant se rend-il à l'école ?

- En voiture A pieds (ou en vélo ...) Durée par jour :min En bus

Quel est le temps passé par votre enfant devant un écran d'ordinateur, de télévision ou devant la console ?

Nombre d'heures **par jour** en période d'école :h

Nombre d'heures **par jour** pour les jours sans école (week end, vacances):h

A-t-il une télévision dans sa chambre : oui non

Combien d'heures dort-il chaque nuit ? Nombre d'heure de sommeil :h

Les informations contenues dans ce questionnaire serviront au médecin pour compléter le dossier médical de votre enfant. Remettez-lui lors de la prochaine consultation avec la Charte des patients.