



Mademoiselle,
Monsieur,

En vertu du décret du 14/03/2019 relatif à la promotion de la santé à l'école, un bilan de santé individuel est obligatoire pour les étudiants inscrits en **1^{ère} année de la section « soins infirmiers » de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire.**

Il est intéressant que nous prenions connaissance de divers renseignements concernant votre état de santé actuel.

Pouvez-vous remplir ce document le plus complètement possible et **le remettre dans l'enveloppe à notre attention.**

Afin de permettre la réalisation des missions de notre centre, nous traitons des données vous concernant ainsi que votre enfant et son cadre de vie, si vous souhaitez davantage d'informations sur comment nous les traitons, vous pouvez consulter notre politique de protection des données disponible sur notre site internet <https://www.servicepsechatelet.bd> rubrique RGPD.

En remplissant ces informations, vous consentez à ce que nous les traitions en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge de votre enfant telle que prévue par la loi, et dans les mêmes conditions que prévues dans notre politique citée précédemment.

Vous pouvez retirer ce consentement à tout moment.

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° national (commence par la date de naissance inversée) -

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : F – M Nationalité :

Adresse : n°

Localité : CP :

Téléphone privé : Autres (à préciser) :

Médecin traitant :

Ecole fréquentée lors de la dernière visite médicale scolaire: classe :

A compléter par les étudiants étrangers uniquement :

Adresse en Belgique :

Téléphone en Belgique :

Date d'arrivée en Belgique : Pays d'origine :

Êtes-vous passé par l'office des étrangers : oui-non

2. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

| | EN VIE | | DÉCÉDÉS | |
|--------|--------|---------------------------|-----------|----------------|
| | ÂGE | ÉTAT DE SANTÉ MALADIES | ÂGE DÉCÈS | CAUSE DU DÉCÈS |
| Père | | | | |
| Mère | | | | |
| Frères | | | | |
| Sœurs | | | | |

3. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

A) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale?.....
Si oui, laquelle et à quelle date ?

B) Quels accidents, blessures ou traumatismes avez-vous subis ? (fractures, douleurs lombaires,...) ?

C) Prenez-vous des médicaments actuellement? Si oui, lesquels?

D) Avez-vous été ou êtes-vous victime d'une affection :

- de la peau (eczéma, psoriasis,...) :
- du système nerveux (épilepsie, dépression nerveuse,...) :
- des yeux, du nez, des oreilles (troubles de la vue,...) :
- du système digestif (vomissement, jaunisse,..) :
- des voies respiratoires (pneumonie, asthme, tuberculose,...) :
- du cœur ou de la circulation sanguine (varices, palpitations,...) :
- du système génito-urinaire (affection gynécologique, albumine,...) :
- des glandes endocrines (diabète, goitre,...) :
- transmissible ou maladie infectieuse (méningite, scarlatine,...) :

4. VACCINATIONS (photocopie de la carte de vaccination à joindre)

| | Polio | Diphtérie/ Tétanos/ Coqueluche | Hépatite A | Hépatite B | R.R.O. | Méningite C | B.C.G. | HPV | Autre |
|-----------------------|-------|--------------------------------------|------------|------------|--------|-------------|--------|-----|-------|
| 1 ^{ère} Inj. | | | | | | | | | |
| 2 ^{ème} Inj. | | | | | | | | | |
| 3 ^{ème} Inj. | | | | | | | | | |
| Rappel | | | | | | | | | |

Pour les filles: dosage d'anticorps de la rubéole.....date.....

Signature :.....

Date :