

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 <input type="text"/>
Nationalité de l'enfant	Pays de naissance de l'enfant	Durée de la fréquentation de la crèche/de la garderie/du jardin d'enfants (en années) <input type="text"/>	
Nom et adresse du/de la responsable de l'enfant			
Nom..... Prénom..... Code postal, lieu.....			
Rue..... N° de tél.			
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)
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
Si oui : 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, veuillez répondre aux questions suivantes :</i>			
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"/> Diabète sucré (type 2)	
<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"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
▶ un problème de calcul (dyscalculie)		<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Rempli le :

Informations facultatives fournies par le responsable légal

L'indication des informations suivantes est **facultative**. Vos données sont toutefois importantes pour le développement des mesures de prévention. 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.

Vos réponses seront transmises au LGL sous forme anonyme. Si vous révoquez votre consentement avant la transmission au LGL en informant le service de santé publique dont vous dépendez, ces données ne seront pas transmises au LGL. Si vous révoquez votre consentement après l'avoir transmis au LGL, il est possible que vos données aient déjà été regroupées avec d'autres données et analysées de manière anonyme et qu'une révocation ne puisse donc plus être mise en œuvre.

Déclaration de consentement :

En tant que responsable légal de

Prénom et nom de famille de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

nous sommes / je suis d'accord pour répondre aux questions suivantes.

Nous / je suis conscient(e) que la participation est volontaire et peut être révoquée, et que nous / je peux refuser ou révoquer le consentement sans subir de préjudice juridique.

Lieu, date Signature du/de la titulaire de l'autorité parentale

Nombre d'adultes dans le ménage

Dans quel pays êtes-vous né(e) ? (Veuillez indiquer pour les deux parents.)

En Allemagne Dans un autre pays

En Allemagne Dans un autre pays

Quelle est votre nationalité ? (Veuillez indiquer pour les deux parents.)

Allemand Allemand + autres Autres

Allemand Allemand + autres Autres

Quel est votre niveau d'études le plus élevé ? (Veuillez indiquer pour les deux parents.)

pas (encore) de diplôme de fin d'études secondaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme de la Hauptschule / école primaire / école secondaire / formation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme d'études secondaires (Mittlere Reife)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat général / spécialisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplôme d'études supérieures/universitaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parmi les données suivantes relatives à l'activité professionnelle, laquelle vous correspond (veuillez l'indiquer pour les deux parents.)

Travail à temps plein avec une durée hebdomadaire de travail de 35 heures ou plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail à temps partiel avec une durée hebdomadaire de travail de 15 à 34 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail à temps partiel ou à l'heure avec une durée hebdomadaire de travail inférieure à 15 heures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Congé temporaire, par exemple congé parental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprenti/apprentie/apprenant/étudiant/étudiante en réorientation professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N'exercent pas d'activité professionnelle et ne sont pas à la recherche d'un emploi (par ex. femmes/hommes au foyer, étudiants, retraités)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actuellement sans emploi et à la recherche d'un emploi (chômeur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>