|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Z:\My Pictures\verpleegster 4.jpg | ECOLE EUROPEENNE**INFIRMERIE**Avenue du Vert chasseur 461180 BruxellesTél : 02/373.86.35 | **CONFIDENTIEL****DOCUMENT OFFICIEL D’INSCRIPTION** |

**MEDICAL QUESTIONNAIRE** **(to be send to the School Infirmary as soon as**

 **possible** **UCC-INFIRMARY@eursc.eu** **)**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL** **(à envoyer à l’infirmerie le plus vite possible,**

 **UCC-INFIRMARY@eursc.eu** **)**

1. **Données de l’élève**

|  |  |
| --- | --- |
| SurnameNom ……………………………………………………….  | First namePrénom …………………………………………………..  |
| Nationality SexNationalité ……………………………………… Sexe ……..  | Class SectionClasse …………………. Section ………………….  |
| Date of birthDate de naissance ……………………………………………  | Place of birthLieu de naissance ……………………………………….  |
| Previous schoolEcole précédente ……………………………………………….  | Spoken languages Langues parlées …………………………………………..  |
| Name + http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png family doctorNom + http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png médecin de famille …………………………… | ……………………………………………………………………….. |
| Names + http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png + Noms: In your absence of two other people who could fetch your child from  school in case of an accident or illness: En cas d’absence de deux autres personnes qui peuvent également venir  chercher votre enfant en cas d’accident ou de maladie: |

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Données des parents**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Mother / Mère | Father / Père |
| Surname + First nameNom + Prénom |  |  |
| Address(es) parentsAdresse(s) parents |  |  |
| Home http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png Maison |  |  |
| GSM http://www.fontsaddict.com/images/icons/png/29128.png |  |  |
| Office http://www.sprookjesatelier.eu/media/catalog/product/cache/4/small_image/135x135/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/o/u/oude_telefoon.png Travail  |  |  |
| Date of birth + PlaceDate de naissance + lieu |  |  |
| Education |  |  |
| Profession |  |  |
| Parents are living: O together O separated O divorced O otherParents vivant: en couple séparés divorcés autre |

Are there any changes in the family situation like : co-parenting, death of a relative, adoption, foster child, changed family composition, divorce, …?

Y-a-t-il des changements dans la situation de famille comme : coparentalité, décès d’un relatif, adoption, enfant adoptif, changement dans la composition de la famille, divorce, … ?

Since when / Depuis quand ? ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Siblings / frères et / ou sœurs + other residences / autres co-habitants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Surname / Nom | First name / Prénom | Date of birthDate de naissance | Education  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Family health condition / Etat de santé famille**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Length / Taille | Weight / Poids | Illness / Maladie \* |
| Mother / Mère |  |  |  |
| Father / Père |  |  |  |
| Siblings / Frères et ou soeurs |  |  |  |

\* Mention diseases like : a lazy eye, strabismus, a heart disease, diabetes, rheumatism, epilepsy, cancer, asthma, allergies, genetic disorders, obesity, scoliosis, migraine, mental illness, …

\* Mentionne les maladies comme : un œil paresseux, le strabisme, une maladie cardiaque, la diabète, le rhumatisme, l’épilepsie, un cancer, l’asthme, des allergies, des maladies héréditaires, l’obésité, la scoliose, la migraine, des maladies mentales,…

 **5. Your child’s development / La développement de votre enfant**

|  |
| --- |
| - Was your child born prematurely ?............................ How early? ……………………… Votre enfant est-il né prémature? A combien de mois ? Weight at birth :…………………… Length at birth :……………………. Twins: ………………………….. Poids de naissance Taille de naissance Jumeaux |
| - Normal delivery ? …………………………………………………………………………………………………………………….. Accouchement normal ? |
| - Were there complications during pregnancy or after the delivery ?  Y a-t-il des complications pendant la grossesse ou après l’accouchement ?……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| - Did your child had a congenital malformation ? A-t-il eu une malformation congénitale?…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| - Is your child dry at night ? …………………………… Age of first steps………………………………………………  Est-il propre la nuit? Âge de premiers pas |
| - Was your child adopted ? At what age ? Origin ?………………………………………………………………………….. Votre enfant est-il adopté? A quel âge ? Origine ? |

1. **Does your child suffer from problemes at: / Votre enfant a-t-il de problèmes au niveau**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Which ? / Lequelle ? | Treatment / Traitement \* |
| EpilepyL’epilepsy |  |  |
| AllergyL’allergie |  |  |
| The eyesDes yeux |  |  |
| The earsDes oreilles |  |  |
| The heartDu cœur |  |  |
| The teethDes dents |  |  |
| The back, the legs \*\*Du dos, des jambes \*\* |  |  |
| Respiratory \*\*Respiratoire \*\* |  |  |
| CirculatoryCirculaire |  |  |
| DigestiveDigestif |  |  |
| WeightDu poids |  |  |
| ThyroidThyroïdien |  |  |
| UrinaryUrinaire |  |  |
| GenitalGénital |  |  |
| Gynecological : *date first menstruation*Gynécologique : *date des premières règles* |  |  |
| Nervous, behaviouralNerveux, comportemental |  |  |
| LanguageDu langage |  |  |
| LearningD’apprentissage |  |  |
| PsychologicalPsychologique |  |  |
| OthersAutres |  |  |
| \* for example : glasses, kine, medication, operation, psychologiste, logo,… Par exemple : des lunettes, kiné, médicaments, opérations, psychologue, logopédie,…\*\* scoliosis, pneumonia, heart murmur,… Scoliose, pneumonie, souffle au cœur,… |

|  |
| --- |
| - Has he been hospitalized ? …………….. At what age? …………………………………………………………………… Subi une intervention chirurgicale? A quel âge ? |
| - For what ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………. Pourquoi ?- Is he under medication ? ……………………………………………………………………………………………………………. Prend-il des médicaments ? |
| - Additional information / Informations supplémentaires |

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Please enclose a recent photocopy of your child’s vaccination records. Thank you.**

**Prière de joindre une photocopie récente du carnet de vaccination. Merci.**

**Explicit consent for the processing of health data**

The European School Brussels I, committed to the requirements set out in the General Data Protection Regulation, would like to ask you for your explicit consent to process your child's health data contained in this medical form.[[1]](#footnote-1)The information will only be processed by the school's health care staff and the emergency services in case of an accident and will be kept securely and destroyed 10 years after your child has left the school.You can find out more about how the school handles personal data by reading the Privacy Statement on the school's website: [Privacy Statements - EEB1.](https://www.eeb1.com/app/uploads/2019/01/2018-06-D-21-en-5-European-School-Privacy-Statement.pdf)In accordance with the European Regulation n°2016/679/EU of 27 April 2016 you may at any time exercise your rights of access, rectification, opposition, and erasure of your data by contacting our Data Protection Officer: UCC-DPO-CORRESPONDENT@eursc.eu .If you consider that the European school has not complied with the data protection laws applicable (including the GDPR) or that your rights have been infringed as the result of the processing of your personal data, you have the right of recourse and can contact the [National Supervisory Data Protection Authority.](https://www.dataprotectionauthority.be/)

 **Consentement explicite pour le traitement de données de santé**

L'École européenne de Bruxelles I, s’engagent au respect des exigences établies dans le Règlement General de Protection des données, tient à vous demander votre consentement explicite pour le traitement des données de santé de votre enfant contenues dans cette fiche médicale. [[2]](#footnote-2)Les informations seront exclusivement traitées par le personnel soignant de l’école et les services d’urgences en cas d’accident, elles seront conservées de forme sécurisé et détruites 10 après que votre enfant a quitté l’école.Vous pouvez avoir plus d’informations sur comment l’école traite les données personnelles en consultant la Déclaration de confidentialité sur le site web de l’école : [Déclarations de confidentialité - EEB1](https://www.eeb1.com/declarations-de-confidentialite/). Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 vous pouvez à tout moment exercer vos droit d’accès, rectification, opposition et effacement de vos données en contactant notre Délégué à la protection des données : UCC-DPO-CORRESPONDENT@eursc.eu Si vous estimez que l'École européenne n'a pas respecté les lois applicables en matière de protection des données (y compris le GDPR) ou que vos droits ont été violés à la suite du traitement de vos données personnelles, vous disposez d'un droit de recours et pouvez contacter l'[Autorité nationale de contrôle de la protection des données](https://www.dataprotectionauthority.be/citizen).

* I / Je\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_as the child's parent/legal representative- en tant que parent/représentant légal de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ give my explicit consent for my child's health information to be processed by the medical staff of the European School Brussels I / donne mon consentement explicite pour que les informations relatives à la santé de mon enfant soient traitées par le personnel soignant de l´École européenne de Bruxelles I.

**Done at / Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_the / le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Signature of parent/legal representative / Signature du parent / représentant légal :

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

* **Dans le cas d’une urgence nucléaire survenant pendant les heures scolaires**, sur la recommandation

du Ministère de la Santé Publique ou des Gouverneurs de Province

J’autorise le personnel à administrer à mon enfant un comprimé d’iode en cas d’urgence nucléaire

Oui Non

* **Dans le cas d’une urgence sanitaire qui concerne la méningite bactérienne,**

 J’autorise le médecin scolaire et l’équipe médicale à administrer à mon enfant le traitement

 prophylactique contre la méningite bactérienne si cela s’avérait nécessaire (Ciprofloxacine)

 Je n’autorise pas le médecin scolaire et l’équipe médicale à administrer à mon enfant le

 traitement prophylactique contre la méningite bactérienne et m’engage à

 - venir chercher mon enfant le plus rapidement possible et lui faire prescrire un traitement

 approprié par le médecin traitant

 - fournir une attestation du médecin traitant signalant que le traitement a été administré et

 que l’élève peut revenir à l’école

Tout élève n’ayant pas reçu ce médicament devra être écarté de l’établissement scolaire pour une durée de 7 jours à partir du dernier contact à risque.

Vous trouverez toutes les informations sur l’iode en cas d’urgence nucléaire et la méningite bactérienne sur le site de l’école dans la rubrique « Service médical »

* **Dans le cas de tout autre problème de santé important chez votre enfant pour lequel une communication entre le médecin scolaire et le médecin traitant / spécialiste serait utile,**

J’autorise le médecin scolaire à prendre contact avec le médecin traitant / spécialiste, dans le respect du secret médical

Oui Non

Ce document est valable pour la durée de la scolarité de votre enfant au sein de notre établissement et sera conservé dans son dossier médical afin de préserver la confidentialité des informations.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, il convient de nous le signaler par e-mail à l’adresse :

 UCC-INFIRMARY@eursc.eu

Je soussigné (e) (Nom et Prénom) :

Parent/ Représentant Legal de ( Nom et Prénom) :

Date et signature :

1. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016, on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data on the free movement of such data; article 6, paragraph 1) point a). [↑](#footnote-ref-1)
2. Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016, article 6, parragraphe 1) point a). [↑](#footnote-ref-2)