



L'enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert des troubles désignés ci-dessous :

Asthme, diabète, malformation cardiaque, hépatite, tension artérielle anormale, épilepsie, saignements, fièvre rhumatismale ?

A-t-il eu des rhinopharyngites, otites, angines, bronchites ?

RAREMENT FREQUEMMENT

En a-t-il encore actuellement ?

A-t-il été opéré des végétations ? Des amygdales ?

Ronfle-t-il la nuit ?

A-t-il des allergies, si oui de quel type et à quoi ?

A-t-il sucé ou suce-t-il son pouce, ses doigts, ses lèvres ?

A-t-il des infections dentaires

OUI NON RARES FREQUENTES

A-t-il l'habitude de manger des sucreries, bonbons, chewing-gum ?

Si oui quelle quantité : PEU MOYENNEMENT BEAUCOUP

Scolarité :

CLASSE ECOLE EXT/DEMI-PEN/INTERNE

Pouvez-vous décrire en deux mots son caractère :

Enfin ce questionnaire vous a-t-il ennuyé ?

UN PEU BEAUCOUP PAS DU TOUT

MERCI !

DATE :

SIGNATURE :