

## 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	Nationalité de l'enfant	Pays de naissance de l'enfant
Nom et adresse du/de la responsable de l'enfant  Nom, Prénom..... Nom, Prénom..... N° de tél. .... N° de tél. .... Adresse .....		
<b>Jardin d'enfants</b>		
Durée de fréquentation de la crèche/de la garderie/du jardin d'enfants (en années) : _____		
Votre enfant fréquente-t-il actuellement un jardin d'enfants ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Type d'école maternelle : <input type="checkbox"/> Crèche régulière (y compris jardin d'enfants en forêt, Montessori, etc.) <input type="checkbox"/> Établissement de préparation scolaire (SVE) <input type="checkbox"/> Garde d'enfants médico-pédagogique (HPT) <input type="checkbox"/> Place d'intégration / jardin d'enfants d'intégration <input type="checkbox"/> Autres (lequel ?) : _____		
<b>Grossesse et déroulement de l'accouchement (indications dans le cahier jaune)</b>		
Poids à la naissance :  _ _ _  Grammes semaines de grossesse accomplies :  _ _  Semaine de grossesse <input type="checkbox"/> Naissance multiple		
<b>Développement</b>		
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) (lesquelles ?) : _____		
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		

<b>Mesures de soutien ou traitements</b>			
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
<b>Informations sur les maladies antérieures ou les restrictions médicales</b>			
Votre enfant a-t-il déjà été examiné par un ophtalmologue ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<i>Si oui</i> : 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</i> , veuillez répondre aux questions suivantes :			
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"/> 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> .....			
<b>Existe-t-il dans la famille (parents, frères et sœurs)</b>			
▶ un trouble de la lecture et de l'écriture (dyslexie)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
▶ un problème de calcul (dyscalculie)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

Diplôme de la Hauptschule / école primaire / école secondaire / formation professionnelle

Diplôme d'études secondaires (Mittlere Reife)

Baccalauréat général / spécialisé

Diplôme d'études supérieures/universitaires

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

Travail à temps partiel avec une durée hebdomadaire de travail de 15 à 34 heures

Travail à temps partiel ou à l'heure avec une durée hebdomadaire de travail inférieure à 15 heures

Congé temporaire, par exemple congé parental

Apprenti/apprentie/apprenant/étudiant/étudiante en réorientation professionnelle

N'exercent pas d'activité professionnelle et ne sont pas à la recherche d'un emploi (par ex. femmes/hommes au foyer, étudiants, retraités)

Actuellement sans emploi et à la recherche d'un emploi (chômeur)