

« La santé est un état de bien-être complet physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »  
*Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (1948)*

Votre enfant va bénéficier d'une consultation infirmière le :

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Nous vous remercions de nous confier le carnet de santé de votre enfant

Coordonnées de l'infirmière qui s'occupe de votre enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Remarques : \_\_\_\_\_

Je suis à votre disposition pour parler avec vous de la santé de votre enfant.

Si je ne peux pas vous répondre immédiatement, laissez vos coordonnées à ce numéro de téléphone pour que je vous rappelle, ou écrivez-moi un mail.



Nous vous remercions de compléter ce formulaire qui concerne la santé, le bien-être de votre enfant.  
Les réponses que vous apportez sont confidentielles. Elles sont insérées dans le dossier de l'infirmière.  
Tout comme ce dossier, et conformément à la loi, aucune information ne sera transmise sans votre accord.

Votre enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ Fille ☐ Garçon

Responsables légaux :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous participer à cette consultation ? ☐ OUI ☐ NON

Souhaitez-vous rencontrer l'infirmière à un autre moment ? ☐ OUI ☐ NON

La prévention est le principal objectif de cette consultation. Notez ci-dessous ce qui vous paraît important pour votre enfant en ce qui concerne son bien-être, son adaptation à l'école et tout autre élément sur sa santé :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_