

**KINDERGARTEN STUDENT HEALTH HISTORY-DOSSIER DE SANTE POUR LES ELEVES DE KINDERGARTEN
IOWA CITY COMMUNITY SCHOOL DISTRICT**

POUR LES PARENTS : Il est important que votre enfant soit examiné(e) par un médecin ou autre personnel médical avant l'entrée au Kindergarten (classe de jardin d'enfants). C'est aussi important pour que les écoles puissent adapter leur programme selon les besoins de chaque enfant. Veuillez donc faire examiner votre enfant avant qu'il (elle) commence l'école et périodiquement par la suite, selon les recommandations de votre médecin ou autre personnel médical. Veuillez remplir cette page. Demandez à votre médecin de compléter le dos de cette feuille. Retournez ensuite cette feuille à l'école avant le début de l'année scolaire.

LES PARENTS SONT RESPONSABLES DE FOURNIR UN CERTIFICAT COMPLET DE VACCINATIONS POUR CHAQUE ENFANT LORSQU'IL/ELLE COMMENCERA A VENIR A L'ECOLE.

CE COTE EST A REMPLIR PAR LES PARENTS :

Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Adresse	Date de naissance
Nom du médecin/infirmier/ère PA - Médecin assistant(e)	Téléphone		Hôpital préféré
Nom du dentiste de l'enfant	Téléphone		

Votre enfant a-t-il / elle l'un des problèmes suivants, ou a-t-il / elle eu au passé l'un des problèmes suivants ?
Si vous répondez "oui" veuillez fournir des détails dans les lignes ci-dessous.

- | | OUI | NON | |
|-----|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthme |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Crises d'épilepsie |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabète |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes cardiaques |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dépression, anxiété |
| 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ADD/ADHD (Attention Deficit Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) |
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Allergies alimentaires, aux médicaments, aux piqûres d'abeilles, à la poussière ou au pollen. |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Maux de tête |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes de vue Porte des lunettes - des lentilles de contact |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes auditifs Oreille gauche oreille droite Porte des appareils auditifs. |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes d'alimentation / Alimentation spéciale |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problèmes d'intestins ou de vessie |

Détails sur les conditions médicales auxquelles vous avez répondu "oui" ci-dessus.

**KINDERGARTEN STUDENT HEALTH STATUS
IOWA CITY COMMUNITY SCHOOL DISTRICT**

NAME _____ BIRTHDATE____/____/____ DATE OF EXAMINATION____/____/____

THIS SIDE TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN, NURSE PRACTITIONER, or PHYSICIAN ASSISTANT:

I hereby certify that the above named child was examined by me within the past twelve months and is able to participate in the school program of the Iowa City Community School District. YES [] NO []

Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____ Hearing _____

Vision – _____ (Please complete Iowa Certificate of Vision Screening)

CONCERNS/ RESTRICTIONS:

<p>1. Does this child have any vision, hearing, or speech concerns that the school should be aware of and/or make accommodations for? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p> <p>Needs further evaluation? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If yes or further evaluation is needed, please describe:</p>
<p>2. Does this child have any condition which may affect the child's participation in: Classroom activities? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>] Physical education/physical activities? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If yes, please describe:</p>
<p>3. Does this child have any condition which may result in a classroom emergency, i.e. asthma, seizures, fainting, diabetes, etc. ? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If yes, please describe:</p>
<p>4. Is there any emotional, mental, or physical condition for which this child should remain under periodic medical observation? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p> <p>Needs further evaluation? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If yes or further evaluation is needed, please describe:</p>
<p>5. Teeth and gums: _____ No obvious problems _____ Requires dental care _____ Requires urgent dental care</p>	<p>Referral made to:</p>
<p>6. Are immunizations up to date? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If no, please identify missing immunizations and plans for bringing up to date:</p>
<p>7. Has this child received a blood lead screening test, as required by Iowa law? YES [<input type="checkbox"/>] NO [<input type="checkbox"/>]</p>	<p>If so, please give the date and result of the lead screening, and plan for follow up if needed:</p>

Physician, NP, or PA Name (Printed)

Phone

Physician, NP, or PA Signature

Today's Date