

Formulaire « Bilan de santé »

Le présent formulaire est à remplir par les parents et par le médecin traitant. **Il est à adresser à l'infirmier-e scolaire avec une copie du carnet de vaccination au moyen de l'enveloppe réponse.** Ces documents feront partie du dossier de santé de l'enfant, destiné à l'usage exclusif du médecin et de l'infirmier-e scolaires.

Examen médical (à remplir par le médecin) :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Date de l'examen :

	Normal		Remarques
	Oui	Non	
Examen somatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acuité visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vision des couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de Lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dvpt. psychomoteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergies ? oui non

Si oui préciser (type, allergène, traitement ?)

.....
.....

Existe-t-il un problème de santé qui devrait être connu de l'infirmier-e et du médecin scolaire?

Oui Non

Si oui, lequel ?

.....
.....

Ce problème de santé nécessite-t-il une prise en charge particulière à l'école ?

Oui Non

Si oui, laquelle ?

.....
.....

Remarques du médecin, d'entente avec les parents :

.....
.....

Remarques des parents :

.....
.....

En cas de besoin, l'infirmier-e ou le médecin scolaires peuvent prendre contact avec :

Personne de contact : Numéro de tél. :

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de compléter ce document.

Timbre et signature du médecin traitant :

Signature d'un des parents :
(ou de son/sa représentant-e légal-e)