

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX
CONFIDENTIELS

NOM et Prénoms de l'enfant :

Feuillet rédigé par le Dr.

Sexe : D F D M

Adresse

Né(e) le : __/__/__ à

.....

Etablissement

Téléphone :

I. ANTECEDENTS

Composition de la famille :

Antécédents familiaux :

Antécédents personnels :

.....

.....

Cursus scolaire :

II. EXAMEN CLINIQUE - Date de l'examen : __/__/__

Etat général : Poids :

..... Taille :

Vision Acuité sans correction : OD = OG =

..... Acuité après correction : OD = OG =

.....

Audition :

.....

Examen somatique :

.....

III. EXAMEN PSYCHOMOTEUR

.....

.....

.....

.....

.....

IV. HANDICAP

Handicap principal :

.....

.....

.....

.....

.....

Handicaps associés :

.....

.....

.....

.....

.....

Aptitudes ou contre-indications (à des conditions de vie, de climat et, s'il y a lieu, de travail) :

.....

.....

.....

.....

.....

V. PRISES EN CHARGE

(Médecin Traitant, Kinésithérapeute ; Hôpital de jour ; CMPP, CPMP, SESSAD etc...)

.....

.....

.....

.....

VI. PROJETS / CONCLUSION

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :