

A conserver avec le carnet de vaccination

Nom, prénom:Date de naissance:

Examen scolaire	Vue	Ouïe	Poids (kg)	Taille (cm)	Date, timbre et signature du/ de la médecin
	d g	d g			
	d g	d g			
	d g	d g			

Par sa signature, le médecin atteste avoir appliqué les protocoles établis par le SMC et utilisé le guide d'entretien pour l'examen psycho-social en 7/8H

Mit dem Impfausweis aufzubewahren

Name, Vorname:Geburtsdatum:

Datum der Unter-suchung	Visus	Gehör	Gewicht (kg)	Grösse (cm)	Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes
	re li	re li			
	re li	re li			
	re li	re li			

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arzt, das durch den KKA erstellten Protokolle angewandt und den Leitfaden für die psychosoziale Untersuchung in 7/8 H gebraucht zu haben