



EXAMEN PRESCOLAIRE

Page à remplir par les parents

Ce questionnaire est confidentiel et restera chez le médecin examinateur

L'examen chez le médecin scolaire dure env. 30 min

Année scolaire : _____

Données personnelle concernant l'enfant

Nom _____ prénom _____ date de naissance _____
Nationalité _____ langue maternelle _____ en Suisse depuis _____
L'enfant habite chez les parents / le père / la mère autre _____
Domicile : NPA _____ lieu _____ rue _____
Tél. privé _____ tél. prof. père _____ tél. prof. mère _____
Père : nom _____ prénom _____ profession _____
Mère: nom _____ prénom _____ profession _____
Caisse-maladie _____ n° d'assuré _____
Ecole _____ nom de l'enseignant/e _____ tél. _____
Médecin traitant : Nom _____ Adresse _____

Questionnaire concernant la santé de l'enfant

Mon enfant a eu	oui	non	Mon enfant suit actuellement un traitement	oui	non
la varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	si oui, pourquoi _____		
la rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
les oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de logopédie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des maladies graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des opérations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si oui, lesquelles _____			un autre traitement important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			si oui, lequel _____		

Date de la dernière visite médicale _____

Mon enfant doit prendre des médicaments de façon régulière
Si oui, lesquels _____

Mon enfant a eu une maladie ou un accident dont il/elle souffre de séquelles ayant de l'importance pour l'école
Si oui, veuillez préciser SVP _____

Date _____

Signature _____



Examen médical

Date : _____

Page à remplir par le médecin

Taille _____ cm (P) poids _____ kg (P) BMI _____ (P)

Peau Dentition

Aires ganglionnaires Glande thyroïde

Cœur TA

Poumons

Ev. Peak-flow

Abdomen

Fosses lombaires

Orifices herniaires

Organes sexuels (à examiner seulement avec l'accord et en présence des parents)

Dos / jambes / pieds

Status neurologique : normal
 à investiguer plus loin

Examen neuromoteur (selon annexe) normal
 à investiguer plus loin

Oreilles/yeux

ORL : audiogramme
 otoscopie

Yeux : acuité visuelle à 5m OD OG
 Lang perception des couleurs

Conclusions /propositions du médecin

Date _____ Timbre et signature _____