



## EXAMEN SCOLAIRE

*Ce questionnaire est confidentiel et restera chez le médecin examinateur  
L'examen chez le médecin scolaire dure env. 30 min*

Année scolaire : 7<sup>e</sup> HarmoS  8<sup>e</sup> HarmoS

### Données personnelles 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"/>	de logopédie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
les oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
la coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des maladies graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des opérations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	un autre traitement important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
si oui, lesquelles _____			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(s) \_\_\_\_\_



**Page à remplir par le médecin**

**Examen médical**

**Date :** \_\_\_\_\_

Taille \_\_\_\_\_ cm (P )      poids \_\_\_\_\_ kg (P )      BMI \_\_\_\_\_ (P )

TA

Dos

**Oreilles/yeux**

Ouïe : \_\_\_\_\_ audiogramme

Yeux : acuité visuelle à 5m      OD      OG

Examen psycho-social (selon guide d'entretien remis à l'enfant)

**Conclusions /propositions du médecin**

---

---

---

---

Date \_\_\_\_\_

Timbre et signature