



Page à remplir par les parents

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^e HarmoS (5P) 8^e HarmoS (6P)

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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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) _____



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Service du médecin cantonal SMC
Kantonsarztamt KAA**

Rte de Villars 101, 1752 Villars-sur-Glâne

T +41 026 305 79 80, F +41 026 305 79 81
www.fr.ch/smc

MS 10 F

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