



ETAT DE FRIBOURG

STAAT FREIBURG

Service du médecin cantonal SMC

Médecine scolaire

Carte de santé

MS 2 FD

A conserver avec le carnet de vaccinations

Nom, prénom:

Date de naissance:

Examen scolaire	Vue	Ouïe	Poids (kg)	Taille (cm)	Date, timbre et signature du/de la médecin
	d	d			
	g	g			
	d	d			
	g	g			
	d	d			
	g	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 (5/6 P)



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG
Kantonsarztamt KAA
Schulärztlicher Dienst

Gesundheitskarte

MS 2 FD

Mit dem Impfausweis aufzubewahren

EC 414

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Arzt, dass durch den KKA erstellten Protokolle angewandt und den Leitfaden für die psychosoziale Untersuchung in 7/8 H (5/6P) gebraucht zu haben