

Examen médical de 1 <sup>ère</sup> année primaire		Examen recommandé à partir de 4 ½ ans	
Nom :		Date de naissance :	
Prénom :		Sexe :	F <input type="checkbox"/> / M <input type="checkbox"/>
Adresse :			
Ecole :		Date de l'examen :	

Examen clinique
-----------------

Poids/taille/BMI							
A 2 ans				Actuel (4 ½ ans)			
Poids (kg) :		Percentile :		Poids (kg) :		Percentile :	
Taille (cm) :		Percentile :		Taille (cm) :		Percentile :	
BMI (kg/m2) :		Percentile :		BMI (kg/m2) :		Percentile :	
Si percentile > 90 : une discussion a-t-elle été menée avec les parents ? :						Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>	
Un suivi a-t-il été proposé ?						Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>	

Vision		Audition (préciser la méthode employée)	
Test de Lang :	/3	Chuchotement :	
Daltonisme :		Audiomètre tonal :	
Acuité visuelle :		Diapason :	
		Autre :	

Thérapies/suivis (actuels/proposés)					
	En cours	Proposé		En cours	Proposé
Logopédie :			ORL :		
Ergothérapie :			Service éducatif itinérant SEI :		
Psychomotricité :			Diététique :		
Ophtalmologie :			Physiothérapie :		
Psychiatrie/psychologue :			Autre :		

Verso



<b>Autre examen somatique effectué ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
<b>Remarques utiles pour la santé scolaire :</b>	

<b>Examen neurologique et du développement psychomoteur effectué ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
<b>Remarques utiles pour la santé scolaire :</b>	

<b>Allergie(s) connue(s) ?</b>	Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/>
<b>Si oui, lesquelles ? :</b>	<b>Suivi par spécialiste : Oui <input type="checkbox"/> / Non <input type="checkbox"/></b>

<b>Informations utiles pour la santé scolaire :</b>

<b>Timbre / Date / Signature</b>

Formulaire en format informatique sur le lien : <http://www.jura.ch/DES/SSA/Sante-scolaire.html>

Veuillez remettre le formulaire au moyen de l'enveloppe-réponse nominative confidentielle.