



**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**  
**CONFIDENTIELS**

NOM et Prénoms de l'enfant : .....

Feuillet rédigé par le Dr.....

Sexe : D F    D M

Adresse.....

Né(e) le : \_\_/\_\_/\_\_ à .....

.....

Etablissement.....

Téléphone : .....

**I. ANTECEDENTS**

Composition de la famille : .....

Antécédents familiaux : .....

Antécédents personnels : .....

.....

.....

Cursus scolaire : .....

**II. EXAMEN CLINIQUE - Date de l'examen : \_\_/\_\_/\_\_**

Etat général : ..... Poids : .....

..... Taille : .....

Vision ..... Acuité sans correction : OD = ..... OG = .....

..... Acuité après correction : OD = ..... OG = .....

.....

Audition : .....

.....

Examen somatique : .....

.....

**III. EXAMEN PSYCHOMOTEUR**

.....

.....

.....

.....

.....

## IV. HANDICAP

Handicap principal : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Handicaps associés : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Aptitudes ou contre-indications (à des conditions de vie, de climat et, s'il y a lieu, de travail) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

## V. PRISES EN CHARGE

*(Médecin Traitant, Kinésithérapeute ; Hôpital de jour ; CMPP, CPMP, SESSAD etc...)*

.....

.....

.....

.....

## VI. PROJETS / CONCLUSION

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature :