

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

|   |   |
|---|---|
| NOM et prénoms de l'enfant :<br>_____<br><br>Sexe : _____<br><br>Né (e) le : _____<br><br>à _____ | Feuillet rédigé par le Dr .<br>_____<br><br>Adresse _____<br>_____<br><br>Téléphone : _____<br><br>Date : _____ |
|---|---|

Etablissement fréquenté : \_\_\_\_\_

### I. ANTECEDENTS

Antécédents familiaux \_\_\_\_\_

Antécédents personnels \_\_\_\_\_

### II. EXAMEN SOMATIQUE :

Etat général : \_\_\_\_\_ poids : \_\_\_\_\_

Développement psychomoteur : \_\_\_\_\_

Vision :

Acuité sans correction : OD : \_\_\_\_\_ OG : \_\_\_\_\_

Acuité après correction : OD : \_\_\_\_\_ OG : \_\_\_\_\_

### III. HANDICAP PRESENTE :

Handicap principal : \_\_\_\_\_

Handicap associé : \_\_\_\_\_

IV. APPRECIATION GENERALE

---

---

---

---

V. APTITUDES OU CONTRE-INDICATIONS  
(à des conditions de vie, de climat et, s'il y a lieu, de travail)

---

---

---

---

VI. MESURES DEJA PRISES

---

---

---

---

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

---

---

---

---

Signature

Avis des spécialistes consultés

---

---

---

---

---