

ÉLÈVE: _____

(Nom et prénoms)

Né le _____ à _____ Nationalité: _____

G

1991	92	93	94	95	96	97	98	99	2000
2001	02	03	04	05	06	07	08	09	2010
2011	12	13	14	15	16	17	18	19	2020

“À revoir” : tracer une croix dans la case correspondante. – “Ne pas revoir”, tracer O.

DOSSIER MÉDICAL

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

MISSION DE PROMOTION DE LA SANTÉ
EN FAVEUR DES ÉLÈVES

DÉPARTEMENT	COMMUNE	ÉCOLE

Profession des parents :

Père: _____

Mère: _____

Adresse des parents: _____

VACCINATIONS	B.C.G. : _____
	D.T. - Coq. - Polio (1) _____ 1 ^{re} : _____ 2 ^e : _____ 3 ^e : _____ Rappel: _____
	D.T. - Polio (1) _____ 1 ^{re} : _____ 2 ^e : _____ 3 ^e : _____ Rappel: _____
	R.O.R. (1) _____ 1 ^{re} : _____ 2 ^e : _____ 3 ^e : _____ Rappel: _____
	_____ 1 ^{re} : _____ 2 ^e : _____ 3 ^e : _____ Rappel: _____
Autres: _____	

(1) Rayer la mention inutile.

OBSERVATIONS: _____

EXAMEN CLINIQUE:

CONCLUSIONS TRANSMISES

À la famille:

Aux éducateurs:

Éducation physique:

CONSULTATIONS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉES:

Suites données:

Âge: _____ Classe: _____ Date: _____

FACTEURS FAMILIAUX:

FACTEURS PÉDAGOGIQUES:

MALADIES ou INTERVENTIONS CHIRURGICALES SURVENUES:

EXAMEN CLINIQUE:

CONCLUSIONS TRANSMISES

À la famille:

Aux éducateurs:

Éducation physique:

CONSULTATIONS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉES:

Suites données:

Acuité visuelle { Sans verres OD: OG:
 Avec verres OD: OG:

Vision des couleurs:

Médecin:

Acuité auditive..... OD: OG:

Infirmière:

Âge: _____ Classe: _____ Date: _____

FACTEURS FAMILIAUX:

FACTEURS PÉDAGOGIQUES:

MALADIES ou INTERVENTIONS CHIRURGICALES SURVENUES:

EXAMEN CLINIQUE:

CONCLUSIONS TRANSMISES

À la famille:

Aux éducateurs:

Éducation physique:

CONSULTATIONS COMPLÉMENTAIRES DEMANDÉES:

Suites données:

Acuité visuelle { Sans verres OD: OG:
 Avec verres OD: OG:

Vision des couleurs:

Médecin:

Acuité auditive..... OD: OG:

Infirmière:

Âge: _____ Classe: _____ Date: _____

FACTEURS FAMILIAUX:

FACTEURS PÉDAGOGIQUES:

MALADIES ou INTERVENTIONS CHIRURGICALES SURVENUES:

Acuité visuelle {	Sans verres	OD:	OG:
	Avec verres	OD:	OG:

Acuité auditive..... OD: OG:

Vision des couleurs:

Test tuberculinique:

CONSTATATIONS TRANSMISES:

– à la famille:

Si besoin est:

– au médecin scolaire:

– autres:

SUITES DONNÉES:

Infirmière:

**DÉPISTAGE ET CONTRÔLE EFFECTUÉS PAR L'INFIRMIÈRE
EN DEHORS DES BILANS DE SANTÉ**

Âge: _____ Classe: _____ Date: _____

FACTEURS FAMILIAUX:

FACTEURS PÉDAGOGIQUES:

MALADIES ou INTERVENTIONS CHIRURGICALES SURVENUES:

Acuité visuelle {	Sans verres	OD:	OG:
	Avec verres	OD:	OG:

Acuité auditive..... OD: OG:

Vision des couleurs:

Test tuberculinique:

CONSTATATIONS TRANSMISES:

– à la famille:

Si besoin est:

– au médecin scolaire:

– autres:

SUITES DONNÉES:

Infirmière:

Âge: _____ Classe: _____ Date: _____

FACTEURS FAMILIAUX:

FACTEURS PÉDAGOGIQUES:

MALADIES ou INTERVENTIONS CHIRURGICALES SURVENUES:

Acuité visuelle {	Sans verres	OD:	OG:
	Avec verres	OD:	OG:

Acuité auditive..... OD: OG:

Vision des couleurs:

Test tuberculinique:

CONSTATATIONS TRANSMISES:

– à la famille:

Si besoin est:

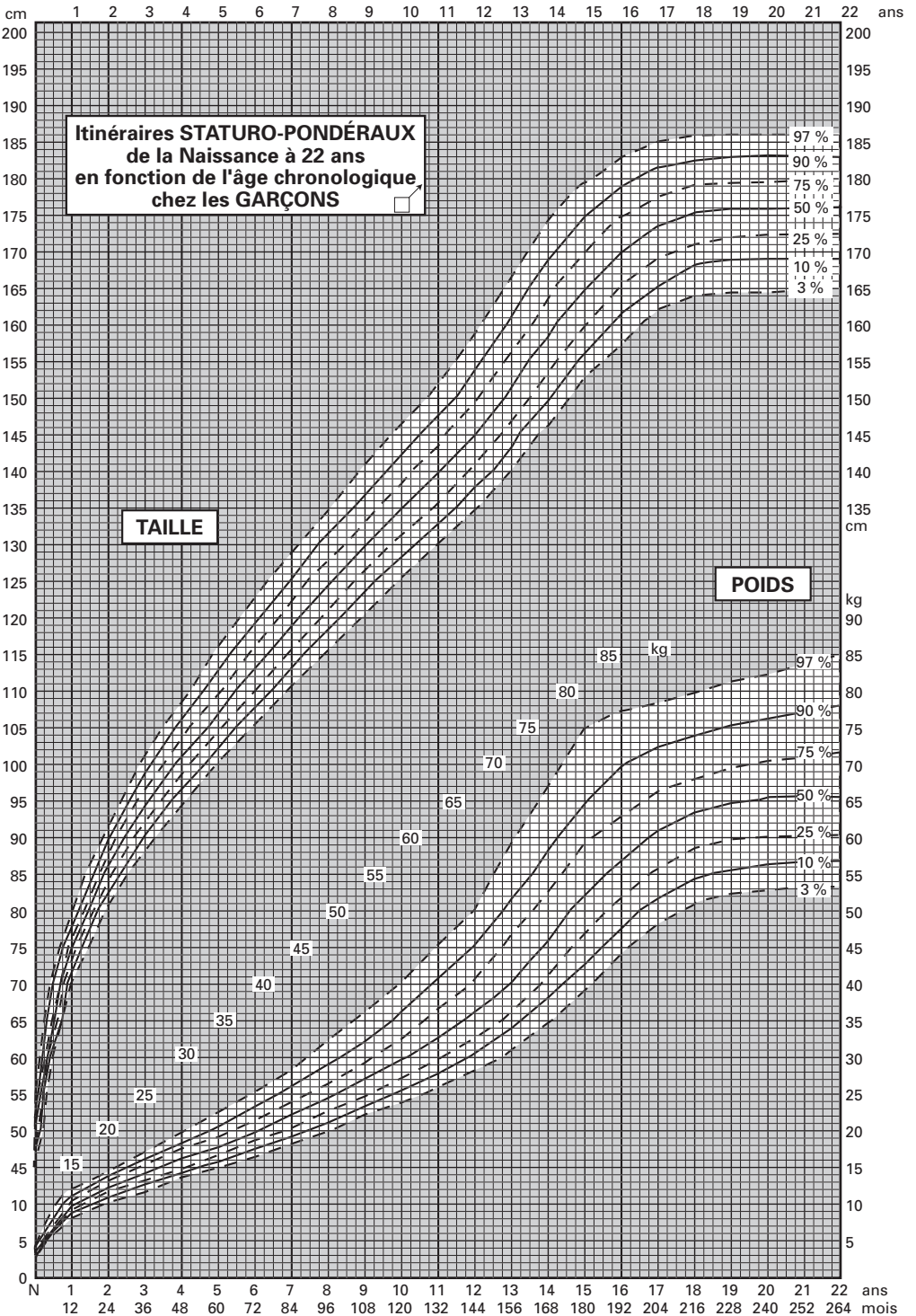
– au médecin scolaire:

– autres:

SUITES DONNÉES:

Infirmière:

Date	Année																					
	Mois																					



Tracés établis en CENTILES modélisés J.P.P.S. C.S. Pr M. SEMPÉ 1995