



Académie :

Délégation :

Ecole :

Centre de Santé :

Photo

Fiche médicale scolaire (rentrée scolaire 20.../20...)

بطاقة صحية مدرسية (خاصة بالدخول المدرسي 20.../20...)

- Nom :
-Prénom :
-Date et lieu de naissance :
-Code national de l'élève :
-Date d'ouverture du dossier :

IDENTIFICATION

- Prénom :
-Nom :
-Nationalité :
-Nom et prénom du père ou du tuteur :
-Profession du père ou du tuteur :
-Nom et prénom de la mère :
-Profession de la mère :
-Adresse des parents :
-Téléphone :
-Couverture sociale : oui non
Si oui préciser le type :

FRATRIE :

- Vivants : garçons.....
 Filles.....
Décédés : garçons.....
 Filles.....

Personnes à contacter en cas d'urgence :
(Nom, prénom, adresse, téléphone)

Autres informations :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

• Maladies :

- | | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| -Diabète | Oui | Non |
| -Asthme | Oui | Non |
| -Allergie | Oui | Non |
| -Epilepsie | Oui | Non |
| -Autres aff.neuro-psychiatriques | Oui | Non |
| -Néphropathie | Oui | Non |
| -Hémophilie | Oui | Non |
| -H.T.A | Oui | Non |
| -Tuberculose | Oui | Non |
| Autres (à préciser)..... | | |

ANTECEDENTS PERSONNELS

- Maladies :
 - Diabète Oui Non
 - Asthme Oui Non
 - Allergie Oui Non
 - Epilepsie Oui Non
 - Autres aff.neuro-psychiatriques Oui Non
 - Néphropathie Oui Non
 - Hémophilie Oui Non
 - H.T.A Oui Non
 - Tuberculose Oui Non
 - Autres (Rhinopharyngite à répétition, etc).....

Examen médical systématique De la première année du primaire

Etablissement :
Ville/village :
Date d'examen :
Age :

Conditions de vie

- L'enfant vit-il au domicile de ses parents ? Oui Non
Si non, préciser où :
- Y'a-t-il eu un changement dans les conditions de vie de l'enfant depuis la date de l'examen systématique du préscolaire ? Oui Non

Examen somatique

- Poids : taille :
- Poids normal : Oui Non
- Insuffisance pondérale : Oui Non
- Excès pondéral : Oui Non
- Retard statural : Oui Non

1-Examen ophtalmologique

- OD : /10
- OG : /10
- Strabisme : Oui Non
- Autres (à préciser) :

2-Examen ORL

Acuité auditive (voix chuchotée à 3mètres)

- Oreille droite : Bonne Mauvaise
- Oreille gauche : Bonne Mauvaise
- Autres (goitre, etc....)

3-Examen bucco-dentaire

- Caries dentaires oui non
- Autres (à préciser : obturations, absences, malpositions,...).....

4-Examen dermatologique

- Examen de la peau :
 - Pâleur palmaire : Oui Non
 - Ictère : Oui Non
 - Dermatose : Oui Non
 - Autres (à préciser) :
- Examen du cuir chevelu (à préciser) :

5-Examen cardio-vasculaire

- Tension artérielle :.....
- Pouls fémoraux présents : Oui Non
- Auscultation cardiaque normale : Oui Non

Si non , préciser :.....

6-Examen de l'appareil respiratoire

- Anamnèse :
 contage tuberculeux : Oui Non
 Notion d'asthme : Oui Non
 Autre (à préciser) :.....
- Examen pleuro pulmonaire normal : Oui Non

Si non , préciser :.....

7-Examen de l'abdomen

- Hernie : Oui Non
- Splénomégalie : Oui Non
- Hépatomégalie : Oui Non
- Autres(à préciser) : Oui Non

8-Examen de l'appareil uro-génital

- Examen de l'appareil urinaire

-Gros rein : Oui Non

-Autres(à préciser) :.....

- Examen des organes génitaux externes :

-Ectopie testiculaire : Oui Non

-Autres (à préciser) :.....

9-Examen de l'appareil locomoteur et du rachis

-Boiterie :

-Malformation :

-Scoliose :

-Autre mauvaise posture :.....

-Autres(à préciser) :.....

10-Examen neuro-psychiatrique

- Examen neurologique :

-Motricité normale : Oui Non

En cas de problème , préciser.....

-Sensibilité normale : Oui Non

En cas de problème , préciser.....

Reflexes normaux : Oui Non

En cas de problème , préciser.....

- Examen psychiatrique :

*Troubles instrumentaux :

Problèmes du langage oral : Oui Non

Problèmes du langage écrit : Oui Non

Autre(à préciser) :.....

*Problèmes d'adaptation : Oui Non

Déficit intellectuel : Oui Non

Problèmes de comportements : Oui Non

Si oui , préciser(hyperactivité, agressivité, isolement, timidité) :.....

.....
.....

11-Autres affections et anomalies dépistées

.....
.....

12-Conclusions générale de l'examen et mesures prises

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cachet et signature
du médecin