

APPRENTISSAGE DE LA NAGE

Est-ce que tu sais nager ?

EPI : équipement de protection individuelle.

Non, pas du tout

(je coule dès que l'on me met dans l'eau)

Presque pas

(je ne peux pas aller seul là où je n'ai pas pied sans bouée ou EPI ou aide)

Assez bien

(suffisamment pour aller seul là où je n'ai pas pied, sans bouée, sans EPI et sans aide, et/ou je peux nager seul environ 10 mètres ou une largeur de piscine, sans bouée, sans EPI, sans aide et sans mettre le pied par terre)

Très bien

(je peux nager environ 50 mètres ou plus de 2 minutes sans bouée, sans EPI, sans aide, et sans mettre le pied par terre)

Je ne sais pas répondre, je n'ai jamais essayé

HABITUDES ALIMENTAIRES

Tu prends habituellement un petit-déjeuner (une seule réponse)

☞ Tous les jours ☞ 4,5 ou 6 fois / semaine ☞ 1,2, 3 fois / semaine ☞ Jamais

Tu consommes habituellement

(une seule réponse par ligne)

	Tous les jours	4, 5 ou 6 fois / semaine	1, 2, 3 fois / semaine	Jamais
Boissons sucrées (sodas, jus de fruits, sirops, à l'exception des purs jus et des jus sans sucre ajouté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes crus et cuits (sauf pommes de terre et autres féculents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits (y compris purs jus et jus sans sucre ajouté)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits laitiers (lait, yaourts, fromage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viandes, œufs, poissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pâtes, riz, semoule, pommes de terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DENTITION

NOMBRE DE DENT(S) CARIEE(S) NON SOIGNEE(S) ☞

L'ENFANT EST-IL EQUIPE D'UN APPAREIL DENTAIRE ?

NOMBRE DE DENT(S) CARIEE(S) SOIGNEE(S) ☞

☞ Oui Non

EXAMEN DE LA VISION

			TEST	Non évalué, faute de matériel adéquat
Anomalie(s) déjà connue(s)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (Préciser laquelle ou lesquelles) <input type="checkbox"/> Myopie <input type="checkbox"/> Hypermétropie <input type="checkbox"/> Amblyopie <input type="checkbox"/> Astigmatisme <input type="checkbox"/> Strabisme <input type="checkbox"/> Autre (préciser en clair) 		
Porteur de lunettes ou lentilles ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui Dans l'affirmative, les réponses ci-dessous doivent correspondre à l'examen pratiqué AVEC correction (SAUF pour le dépistage de l'hypermétropie)		
Strabisme	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Test / S <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Acuité visuelle de loin	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	Test / M <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hypermétropie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Test / H <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		<input type="checkbox"/>

EXAMEN DE L'AUDITION (réalisé à 30 décibels)

Matériel satisfaisant

Oui Non

Conditions d'examen satisfaisantes (Absence de bruits, tympons visibles et normaux, absence de rhume...)

Oui Non

Fréquences (en hertz)	500	1000	2000	4000	Appareil Auditif
Oreille droite	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreille gauche	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Commentaires :

SANTÉ RESPIRATOIRE

1. As-tu déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque de ta vie ?

- Oui → Si oui, aller à la question 2
 Non → Si non, passer directement à la question 6

2. As-tu eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque durant les 12 derniers mois ?

- Oui → Si oui, aller à la question 3
 Non → Si non, passer directement à la question 6

3. Combien de fois as-tu eu des crise(s) de sifflements durant les 12 derniers mois ?

- aucune 4 à 12 fois
 1 à 3 fois plus de 12 fois

4. Durant les 12 derniers mois, combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements t'ont-elles réveillé(e) ?

- jamais réveillé(e) avec des sifflements
 moins d'une nuit par semaine
 une ou plusieurs fois par semaine

5. Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé qu'une crise de sifflements ait été suffisamment grave pour t'empêcher de dire plus de 1 ou 2 mots à la suite ?

- Oui Non

6. As-tu déjà eu des crises d'asthme ?

- Oui Non

7. Durant les 12 derniers mois, as-tu entendu des sifflements dans ta poitrine pendant ou après un effort ?

- Oui Non

8. Durant les 12 derniers mois, as-tu eu une toux sèche la nuit, alors que tu n'avais ni rhume, ni infection respiratoire ?

- Oui Non

9. Au cours des 12 derniers mois, as-tu pris des médicaments contre les crises de sifflements ou d'asthme ? (cf liste)

- Oui Non

Si l'enfant a répondu "oui" à Q2 ou Q6, poser Q10 et Q11 ; sinon passer au module langage.

10. Durant les 12 derniers mois, combien de fois as-tu vu un médecin ou es-tu allé aux Urgences à l'occasion de crises de sifflements ou d'asthme ?

Nombre de fois |__|__|

11. Durant les 12 derniers mois, as-tu été hospitalisé en raison d'une crise de sifflements ou d'asthme ?

- Oui Non Si oui, nombre de fois |__|__|

LANGAGE

Présence du dossier médical de l'élève Oui Non

	Bilan 6 ^{ème} année	CP, CE1, CE2	CM1, CM2
L'enfant a-t-il bénéficié d'un bilan de langage dans le cadre scolaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Information non disponible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Information non disponible	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Information non disponible
Intitulé du test	<input type="checkbox"/> BSEDS <input type="checkbox"/> BREV <input type="checkbox"/> ERTLA6 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/> Information non disponible	<input type="checkbox"/> BSEDS <input type="checkbox"/> BREV <input type="checkbox"/> ERTLA6 <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/> Information non disponible	<input type="checkbox"/> ODEDYS <input type="checkbox"/> ROC <input type="checkbox"/> BREV <input type="checkbox"/> Autre (préciser) <input type="checkbox"/> Information non disponible
Test satisfaisant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'enfant a-t-il bénéficié de rééducation orthophonique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Information non disponible	Si oui, quand cette rééducation a-t-elle débuté ? <input type="checkbox"/> GSM <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/> Information non disponible	
L'enfant a-t-il eu un bilan dans un centre de référence pour le langage ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Information non disponible		
L'enfant bénéficie-t-il d'aménagements de sa scolarité pour troubles du langage (photocopies, AVs, rééducation pendant le temps scolaire, etc) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Information non disponible		
L'enfant a-t-il été testé en lecture, ce jour ? (Test de lecture : « le roi gourmand »)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Quel est le résultat de ce test ?	MCLM = nb de mots correctement lus en 1 mn __ __		

Commentaires :

.....

