

FICHE ENFANT

- N° DE L'ÉCOLE (5)
- DÉPARTEMENT DEP (8)
- N° D'ORDRE DE L'ENFANT (10)
- ENFANT DE SEXE SEX.E. M F (11)
- DATE DE NAISSANCE 1 9 9 1 (14)
mois année
NAISSMOIS NAISSAN
- Présence des parents P.A.R.E.N.T.S OUI NON (15)
- Présence du carnet C.A.R.N.E.T OUI NON (16)
- Date de l'examen (22)
mois années
EXAMMOIS EXAMAN
- Date du début de la scolarisation (23)
mois années
SCOLARMOIS SCOLARAN
- Rang de l'enfant parmi l'ensemble des enfants vivant au domicile / (30)
(fraction)
numérateur RANGN
dénumérateur RANGD

DONNÉES STATURO-PONDÉRALES

- Poids à la naissance (en grammes) PDSNAISS (g) (34)
- Taille actuelle (en cm) TAILLE (cm) (39)
- Terme (en semaines d'aménorrhée) TERME (36)
- Poids actuel (en kg) P.P.S. (kg) (41)

HABITUDES DE VIE

FREQUENTATION	NOMBRE DE JOURS PAR SEMAINE À ENTOURER						
CANTINE <u>CANTINE</u>	0	1	2	3	4	5	(42)
GARDERIE							
Matin <u>G</u> - matin	0	1	2	3	4	5	(43)
Soir <u>G</u> - soir	0	1	2	3	4	5	(44)
Matin et soir <u>G</u> - m. et s	0	1	2	3	4	5	(45)

EXAMEN DE LA VISION

Cocher les réponses	OEIL GAUCHE <u>ANO GAUCH</u>		OEIL DROIT <u>ANO DROIT</u>		TEST	
Anomalie(s) déjà connue(s)	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/> (46) Préciser laquelle (a) ou lesquelles (a, b) <u>G1 a</u> (47) <u>b</u> (48) <u>G2</u> Autre	1. Myopie 2. Hypermétropie 3. Amblyopie 4. Astigmatie 5. Strabisme 6. Autre (préciser en clair)	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/> (45) Préciser laquelle (a) ou lesquelles (a, b) <u>D1 a</u> (50) <u>b</u> (51) <u>D2</u> Autre	
Porteur de lunettes? <u>LYNETTES</u>	non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/> (52)	Dans l'affirmative, les réponses ci-dessous doivent correspondre à l'examen pratiqué avec correction (sauf pour le dépistage de l'hypermétropie)			
Strabisme	<u>STRABISME</u>		non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/> (53)	Test / S <input type="checkbox"/> (54)	TESTS
Acuité visuelle de loin	Normale <input checked="" type="checkbox"/>	<u>AVG</u> Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (55)	Normale <input checked="" type="checkbox"/>	<u>AVD</u> Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (56)	Test / M <input type="checkbox"/> (57)	TESTH
Hypermétropie	<u>HYPERG</u> non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/> (58)	<u>HYPERD</u> non <input type="checkbox"/>	oui <input checked="" type="checkbox"/> (59)	Test / H <input type="checkbox"/> (60)	TESTH
Vision binoculaire	<u>BINOC</u>		Normale <input checked="" type="checkbox"/>	Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (61)		

EXAMEN DE L'AUDITION

FREQUENCE (en hertz)	OD1		OD2		OD3		OD4	
	500		1 000		2 000		4 000	
OREILLE DROITE	Normale <input checked="" type="checkbox"/> (62)	Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (62)	Normale <input checked="" type="checkbox"/> (63)	Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (63)	Normale <input checked="" type="checkbox"/> (64)	Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (64)	Normale <input checked="" type="checkbox"/> (65)	Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (65)
OREILLE GAUCHE	Normale <input checked="" type="checkbox"/> (66)	Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (66)	Normale <input checked="" type="checkbox"/> (67)	Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (67)	Normale <input checked="" type="checkbox"/> (68)	Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (68)	Normale <input checked="" type="checkbox"/> (69)	Anormale <input checked="" type="checkbox"/> (69)
	<u>OG1</u>		<u>OG2</u>		<u>OG3</u>		<u>OG4</u>	

DENTITION

- NOMBRE DE DENT(S) CARIÉE(S) NON SOIGNÉE(S) (70) DENTCNS
- NOMBRE DE DENT(S) CARIÉE(S) SOIGNÉE(S) (71) DENTCS

PATHOLOGIES CHRONIQUES (voir consignes de remplissage)

ASTHME
ÉQUIVALENT
MALAUTRE

● ASTHME	<input type="radio"/> non	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="checkbox"/> ne sait pas (72)
● ÉQUIVALENT ASTHMATIQUE	<input type="radio"/> non	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="checkbox"/> ne sait pas (73)
● MALADIE CHRONIQUE AUTRE QUE L'ASTHME	<input type="radio"/> non	<input checked="" type="radio"/> oui (74)	Si oui, N° de la maladie <input type="checkbox"/> (75)

NUMMAL

DÉFICIENCES OU INCAPACITÉS (voir consignes de remplissage)

CDES

● Indiquer si l'enfant est suivi en CDES non oui (77) Si oui, N° de la déficience (78)

NUMDEF

STATUT VACCINAL

		Nombre d'injections
Haemophilus Influenzae	HAEMO	<input type="checkbox"/> (80)
Hépatite B	H B	<input type="checkbox"/> (81)

		Rougeole, oreillons, rubéole	
		L'enfant a-t-il eu la rougeole ?	
		<input checked="" type="radio"/> oui (82)	MORBR OUG
		<input type="radio"/> non	
ROR	Vaccin trivalent	<input checked="" type="radio"/> oui (83)	DTROR MOIS DTROR AN Date <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années (89)
		<input type="radio"/> non	
VACROU	Rougeole	<input checked="" type="radio"/> oui (90)	DTR OUG MOIS DTR OUG AN Date <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années (96)
		<input type="radio"/> non	
	Si vaccin non trivalent	<input checked="" type="radio"/> oui (97)	DTR ORE MOIS DTR ORE AN Date <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années (103)
		<input type="radio"/> non	
VACRUB	Rubéole	<input checked="" type="radio"/> oui (104)	DTRUB MOIS DTRUB AN Date <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> années (110)
		<input type="radio"/> non	

VACORE

LANGAGE

MANIPSON
IMAGE
ORAL

	Normal	≤ -1 et > -2 écarts type	≤ -2 écarts type
Manipulation des sons de la langue	1	2	3
Désignation d'images	1	2	3
Compréhension orale	1	2	3

(111)
(112)
(113)

Discours spontané	QUATRHOT 4 mots	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non (114)
	GRAMMAIRE Grammaire	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non (115)
	SUBORD Subordonnées	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non (116)

Élocution normale	ELOCUTIO	<input checked="" type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non (117)
-------------------	----------	--------------------------------------	---------------------------------