

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DESTINÉS AU MÉDECIN
de la Commission des Droits et de l'Autonomie

NOM de l'enfant :
Prénoms :
Né(e) le : ... / ... / ... Sexe : F M
Etablissement :

Feuillet rédigé par le Docteur :
Adresse :
.....
Téléphone : Date : ... / ... /

..... Cours et Cycle :

I. ANTÉCÉDENTS

Antécédents familiaux :
.....
Antécédents personnels :
.....

II. EXAMEN SOMATIQUE

Etat général : Poids :
..... Taille :
Développement psychomoteur :
.....
Vision : Acuité sans correction : OD = OG =
..... Acuité après correction : OD = OG =
..... Vision des couleurs
Audition :
.....
Appareil moteur :
.....
Autres observations :
.....

III. HANDICAP PRÉSENTÉ

Handicap principal :
.....
Handicaps associés :
.....

