



Région académique
OCCITANIE



FICHE DE RENSEIGNEMENTS À REMPLIR PAR LES PARENTS

Madame, Monsieur,

Au cours de la 6^{ème} année, une visite médicale est obligatoire conformément à l'article L.541-1 du code de l'Education (cf. carnet de santé « Examen au cours de la 6^e année »).

« Cette visite comprend un dépistage des troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Les parents sont tenus **sur convocation administrative** de présenter les enfants au médecin de l'Education nationale, sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant qu'un bilan de l'état de santé physique et psychologique de l'enfant a été assuré par un professionnel de santé de leur choix ».

Je vous remercie de **bien vouloir renseigner cette fiche confidentielle et la remettre à l'école sous pli cacheté portant la mention « confidentiel à destination du médecin de l'éducation nationale »**. Son analyse, croisée avec d'autres éléments, permettra de convoquer, si besoin, votre enfant au centre médico-scolaire.

Cordialement,

Le médecin de l'éducation nationale

Nom et prénom de l'enfant :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Nom du parent 1 (ou du responsable légal 1):

Profession :

Tél :

Nom du parent 2 (ou du responsable légal 2):

Profession :

Tél :

Frères et sœurs :

Nom-prénom	Date de naissance

Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille ? oui non

Si oui lesquels :

Nom et numéro de téléphone du médecin qui suit l'enfant :

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUXLa grossesse et l'accouchement se sont-ils bien passés ? oui non

Si non, pourquoi ?

Accouchement à terme ? oui non Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé importants dans sa petite enfance ? (hospitalisations, opérations, bilans) ? oui non

Si oui, lesquels ?

Votre enfant est-il en bonne santé ? oui non

Si non, pourquoi ?

Actuellement : Poids :

Taille :

Prend-il des médicaments régulièrement ? oui non

Si oui lesquels ?

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un bilan PMI à l'école ? oui non Date :

Votre enfant voit-il bien ?

oui non

A-t-il déjà bénéficié d'un bilan visuel ?

oui non

Date :

Porte-t-il des lunettes ?

oui non

Date dernier contrôle :

Votre enfant entend-il bien ?

oui non

A-t-il déjà bénéficié d'un bilan auditif ?

oui non

Date :

Votre enfant parle-t-il bien ?

oui non Plusieurs langues ? oui non A-t-il bénéficié d'un dépistage des troubles du langage et des apprentissages ? : oui non Votre enfant a-t-il une prise en charge ? oui non Si oui, laquelle? C.M.P.P. C.M.P. Psychologie Psychomotricité Orthophonie Orthoptie Autre (précisez):Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? oui non Peut-il pratiquer tous les sports ? oui non Si non, pourquoi ?**SOMMEIL :**

Heure habituelle de coucher :

Heure habituelle de lever :

Votre enfant a-t-il des difficultés à s'endormir seul dans son lit ?

oui non

Fait-il souvent pipi au lit ?

oui non

Se réveille-t-il souvent la nuit ?

oui non

Fait-il souvent des cauchemars ?

oui non

Se réveille-t-il spontanément le matin ?

oui non **ALIMENTATION :**

Votre enfant prend-il un petit déjeuner le matin ?

oui non

A-t-il des difficultés lors des repas ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

Suit-il un régime alimentaire ?

oui non

Si oui : Lequel et pourquoi ?

Mange-t-il à la cantine ?

oui non **VIE QUOTIDIENNE :**

Votre enfant va-t-il à l'école avec plaisir ?

oui non

A-t-il beaucoup pleuré lors de sa première année d'école ?

oui non

A quel âge a-t-il commencé l'école ?

À quelle heure arrive-t-il à l'école le matin ?

À quelle heure la quitte-t-il le soir ?

Mode et durée de trajet :

Pratique-t-il une activité de loisir ?

oui non

Si oui, laquelle ?

Combien de temps passe-t-il chaque jour devant un écran ? (TV, ordinateur, tablette, téléphone, jeux) :

Souhaitez-vous nous signaler autre chose ?

Date :

Signature des parents :