

## Écoles Pickerington

# Formulaire d'examen physique

À l'intention des nouveaux élèves inscrits à la maternelle ou au CP. Veuillez demander au médecin de votre enfant de remplir ce formulaire et de le retourner à l'établissement scolaire attribué à votre enfant. **Votre enfant ne sera pas autorisé à fréquenter l'école tant que ce formulaire n'aura pas été signé et renvoyé à l'école au plus tard le 1er août.**

Nom de l'élève :		Sexe :	Date de naissance :	Date d'examen :
Taille :	Poids :	IMC :	Pression artérielle :	

### Vision, audition et orthophonie

Date d'examen de la vision :			Date d'examen de l'audition :		
Acuité visuelle à distance	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> G	Tonalité pure : oreille droite	<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Échoué
Équilibre musculaire	<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Échoué	Tonalité pure : oreille gauche	<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Échoué
Stéréopse	<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Échoué	L'enfant porte un appareil auditif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Couleur	<input type="checkbox"/> Réussi	<input type="checkbox"/> Échoué	L'enfant est-il sous la garde d'un spécialiste de l'audition ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'enfant porte-il des lunettes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Demande effectuée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Est-il examiné avec des lunettes ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Demande effectuée ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Date de l'examen orthophonique :			Évaluation orthophonique effectuée : Oui    Non		
L'enfant n'a aucun problème d'élocution perceptible	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	L'enfant a un éventuel problème avec :		
Évaluation de la parole recommandée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

**Veuillez remplir la page 2. Toutes les pages doivent être complétées avant que ce formulaire ne soit soumis à l'école de votre enfant.**

Nom de l'élève :	Date de naissance :
------------------	---------------------

## Antécédents médicaux

Maladie, blessure, intervention chirurgicale : veuillez énumérer les maladies graves ou chroniques, les blessures ou les interventions chirurgicales.

---

---

Médicaments actuels : sur ordonnance, en vente libre, suppléments.

---

Allergies : veuillez noter les allergies et tout traitement recommandé.

---

Examen physique : veuillez indiquer la date du dernier examen physique de l'enfant.

Résultats :

- Essentiellement normal
- Anomalies suivantes :

---

Cet enfant est-il capable de participer pleinement à :  
Activités en classe et activités académiques    Oui    Non

Cours d'éducation physique :                    Oui    Non

Si des restrictions existent, veuillez les indiquer :

---

Cet enfant a-t-il des problèmes physiques, des problèmes de développement ou de comportement qui pourraient affecter son processus éducatif ?

---

**Carnet de vaccination : veuillez joindre le carnet de vaccination de votre enfant. Sans preuve des vaccinations requises par le ministère de la Santé de l'Ohio ou d'une exemption valide, votre enfant ne sera pas autorisé à fréquenter l'école.**

Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Nom en majuscule : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_