

EXAMEN MÉDICAL

À ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LE MÉDECIN ET RETOURNÉ À L'ADRESSE CI-DESSOUS.

École Peter Hall Inc.
Services Éducatifs
840, boul. de la Côte-Vertu
Ville St-Laurent, Québec
H4L 1Y4

S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

NOM	:	_____	PRÉNOM	_____	DATE DE NAISSANCE	:	_____
ADRESSE	:	_____					
NO ASSURANCE MALADIE	:	_____	_____	_____	DATE D'EXPIRATION	:	_____

POIDS: _____ TAILLE: _____ TENSION ARTÉRIELLE: _____

DIAGNOSTIC: _____

ÉPILEPSIE : OUI NON MÉNARCHE : OUI NON

ALLERGIE À DES MÉDICAMENTS : _____

AUTRE(S)
: _____

N.B. : TOUTE ANOMALIE DEVRAIT ÊTRE SIGNALÉE ET DÉCRITE.

YEUX : _____ OREILLES : _____ COU : _____

GORGE : _____ BOUCHE : _____ DENTS : _____

COEUR : _____ POUMONS : _____ ABDOMEN : _____

PEAU : _____ ORG. GÉN. : _____ SYSTÈME NERVEUX
CENTRAL : _____

RACHIS : _____ POSTURE : _____

LOCOMOTION : _____

OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES : _____

IMMUNISATION (DERNIÈRE DOSE OU MALADIE FAITE)

D.C.T.:	1e _____	SABIN:	1e _____	VARICELLE	_____	HÉPATITE B	_____
	2e _____		2e _____	ROUGEOLE	_____	(STATUT IMMUNITAIRE)	
	3e _____		3e _____	RUBÉOLE	_____	IMMUN.	_____
	4e _____		4e _____	OREILLONS	_____	PORTEUR	_____
	5e _____		5e _____	MMR	_____	NON-PROTÉGÉ	_____
RAPPELS	_____		_____	HEPTAVAX B	_____	INCONNU	_____

L'ENFANT PREND-IL DES MÉDICAMENTS ? : OUI NON

SI OUI, LESQUELS ?	TYPE	DOSE	FRÉQUENCE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ACTIVITÉS DU PROGRAMME SCOLAIRE PERMISES :

	OUI	NON	RESTRICTIONS ET MOTIFS, S'IL Y A LIEU
HYDROTHERAPIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
NATATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
GYMNASTIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

RÉSUMÉ DE L'ÉTAT GÉNÉRAL : _____

NOM DU MÉDECIN : _____
 ADRESSE : _____

 TÉLÉPHONE : _____

 SIGNATURE DU MÉDECIN

 DATE