

Formulaire de santé de l'école maternelle :  
 Gesundheitsblatt des Kindergartens

 Numéro d'école maternelle :  
 Kindergartennummer

**Nom de l'enfant :** ..... **Date de naissance :** .....  
**Name des Kindes** ..... **geb.**

 Sexe:  féminin  masculin  Nationalité : .....  
 Geschlecht :  weiblich  männlich  Nationalität

## I. Anamnèse à remplir par les parents/l'autorité parentale

### I. Anamnese von Eltern/Erziehungsberechtigten auszufüllen

#### Entwicklung allgemein :

##### Croissance en générale

 Premiers pas avant 18 mois  oui  plus tard, quand? .....  
 Freies Gehen bis zum 18. Monat  ja  später, wann ?

 Premier mot avant 14 mois  oui  plus tard, quand ? .....  
 Erste Worte bis zum 14. Monat  ja  später, wann ?

 Votre enfant est – il propre pendant le jour et la nuit?  oui  non  
 Ist ihr (sic !) Kind Tag und Nacht sauber ?  ja  nein

 Avez vous noté des particularités du comportement chez votre enfant?  non  oui .....  
 Gibt es Besonderheiten im Sozialverhalten Ihres Kindes ?  nein  ja

**Maladies particulières** Allergies  non  oui, lesquelles ? .....  
**Besondere Krankheiten** Allergien  nein  ja, welche ?

 Asthme  non  oui Rhinite allergique  non  oui  
 Asthma  nein  ja Heuschnupfen  nein  ja

 Épilepsie (spasmes)  non  oui Malformation cardiaque  non  oui  
 Epilepsie (Krampfanfälle)  nein  ja Herzfehler  nein  ja

 Névrodermite  non  oui Diabète  non  oui  
 Neurodermitis  nein  ja Zuckerkrankheit  nein  ja

 Autres maladies : .....  
 Andere Krankheiten

 Operations/accidents graves  non  oui .....  
 Operationen/ schwere Unfälle  nein  ja

 Appareil médical :  Lunettes  Appareil auditif  Éclisse  Fauteuil roulant  
 benützte Behelfe  Brille  Hörhilfe  Schiene  Rollstuhl

 O Autres appareils : .....  
 O andere Behelfe

**Votre enfant suivait - il ces thérapies?**  
**Hat/hatte Ihr Kind Therapien ?**

- Ergothérapie (Ergotherapie)
- Logopédie (Logopädie)
- Physiothérapie (Physiotherapie)
- autres thérapies: .....  
(andere Therapien)

**Votre enfant prend - il des médicaments régulièrement ?**  
**Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamenten ?**

- nein (non)
- ja, welche (oui, lesquels)? .....

**Vaccins (Impfungen):**

Vaccins combinées (Diphthérie, Tétanos, Pertussis, Polio, HIB, Hépatites B)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Mehrfachimpfung (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio, HIB, Hepatitis B)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

RRO (rougeole, rubéole, oreillons)	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	FSME	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
MMR (Masern, Mumps, Röteln)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	FSME	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Pneumocoques	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	Rotavirus	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Pneumokokken	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Rotavirus	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Andere Impfungen .....  
Autres vaccins

Datum : .....  
Date

Unterschrift : .....  
Signature

## II. Examen médical

### II. Ärztliche Untersuchung

**Examen 1** le ..... du Dr. ....  
**Untersuchung 1** am ..... von Dr. ....

**Examen 2** le ..... du Dr. .... **Examen 3** le ..... du Dr. ....  
**US 2** am ..... von Dr. .... **US 3** am ..... von Dr. ....

Observation	normal	O oui		
Beobachtungsbogen	unauffällig	O ja		
	Anormal auffällig	O Motricité O Motorik	O Autonomie O Selbständigkeit	O Comportement social émotionnel O soz.emot. Verhalten
		O Coportement dans le jeu O Spielverhalten	O Langage O Sprache	O Perception O Wahrnehmung

Taille : (1) _____ cm _____	Percentile	(2) _____ cm _____	Percentile	(3) _____ cm _____	Percentile
Größe (1) _____ cm _____	Perzentile	(2) _____ cm _____	Perzentile	(3) _____ cm _____	Perzentile

Poids : (1) _____ kg _____	Percentile	(2) _____ kg _____	Percentile	(3) _____ kg _____	Percentile
Gewicht (1) _____ kg _____	Perzentile	(2) _____ kg _____	Perzentile	(3) _____ kg _____	Perzentile

Dentes:	normal/propres/suiv	O examen 1	O examen 2	O examen 3
Zahnstatus:	unauffällig/saniert	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

Carie	O examen 1	O examen 2	O examen 3
Karies	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

Malocclusion dentaire	O examen 1	O examen 2	O examen 3
Fehlstellung	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

ORL :	normal	O examen 1	O examen 2	O examen 3
HNO	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

Infection aigüe	O examen 1	O examen 2	O examen 3
akuter Infekt	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

Coeur (auskult.):	normal	O examen 1	O examen 2	O examen 3
Herz (auskult.)	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

Pathologie diagnostiquée	O examen 1	O examen 2	O examen 3
pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

Poumons (auskult.):	normal	O examen 1	O examen 2	O examen 3
Lunge (auskult.)	unauffällig	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

Pathologie diagnostiquée	O examen 1	O examen 2	O examen 3
pathol. Befund	O Untersuchung 1	O US 2	O US 3

Organes de la digestion: Bauchorgane (palp.)	normal unauffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
	pathol. Befund Pathologie diagnostiquée	<input type="radio"/> Untersuchung 1 <input type="radio"/> examen 1	<input type="radio"/> US 2 <input type="radio"/> examen 2	<input type="radio"/> US 3 <input type="radio"/> examen 3
Peau : Haut	normal unauffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
	Pathologie diagnostiquée pathol. Befund	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
Colonne vertébrale Wirbelsäule	normal unauffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
	Pathologie diagnostiquée pathol. Befund	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
Extrémités : Extremitäten	normal unauffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
	Pathologie diagnostiquée pathol. Befund	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
Tonus musculaire : Muskeltonus	normal unauffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
	Pathologie diagnostiquée pathol. Befund	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
Démarche : Gangbild	normal unauffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
	Pathologie diagnostiquée pathol. Befund	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
équilibre (=Gleichgewicht): Einbeinstand, -hüpfen	normal unauffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
	anormal auffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
Test de motoricité : Daumenopp.test	normal unauffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3
	anormal auffällig	<input type="radio"/> examen 1 <input type="radio"/> Untersuchung 1	<input type="radio"/> examen 2 <input type="radio"/> US 2	<input type="radio"/> examen 3 <input type="radio"/> US 3

Autres: .....  
Sonstiges

Précisions/Avis :                     non             oui                    Réinscription :     non             oui  
Mitteilungen mitgegeben             nein             ja                    Rückmeldung         nein             ja

---

**Résultat d'oculiste** de Dr. .... le .....  
**Augenärztlicher Befund** von Dr. .... am

Acuité visuelle     normal     anormal    Strabisme :  non     oui    Réinscription     non     oui  
Visus                 unauffällig     auffällig    Schielen         nein     ja        Rückmeldung     nein     ja

---

**Test auditif fait par l'orthophoniste agréé** ..... le .....  
**Hörtest** von Dipl.Log. .... am

normal        défiance de l'audition     unilatéral     bilatéral    Réinscription     non     oui  
 unauffällig    Hörschwäche                 einseitig     beidseitig    Rückmeldung     nein     ja

**Résultat du test d'orthophonie menée par le médecin agréé**     normal                                 anormal  
**Logopädischer Befund** von Dipl.Log.                                 unauffällig                                 auffällig

..... le .....  
am