

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24^e MOIS.
Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986. Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
Ne pas remplir les cases tramées



N°12598*01

Enfant Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ jour _____ mois _____ an Sexe: Fém. Masc.

Lieu de naissance : _____ Commune _____

Code postal _____ Commune _____

Adresse du domicile:

M. Mme Melle Nom _____

Prénom _____ Tél. _____

Adresse _____

Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____

Prénom _____ Date de naissance _____ jour _____ mois _____ an

Nombre d'enfants vivant au foyer _____

Si vous faites actuellement garder votre enfant :

Crèche collective Crèche parentale Halte-garderie Structure multi-accueils Chez vous par un tiers

Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale Assistante maternelle indépendante Autre

Garde à temps complet, (jour ET nuit) : Assistant(e) familial(e) Pouponnière

Profession : (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)

Mère 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire

Père 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé

3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier

Activité professionnelle :

Mère 1 Actif 5 Chômeur

Père 2 Retraité 6 Elève, étudiant ou en formation

3 Au foyer 7 Autre inactif

4 Congé parental

Examen médical

Effectué par :

- un omnipraticien
 un pédiatre
 un autre spécialiste

Réalisé dans :

- un cabinet médical privé
 une consultation de P.M.I.
 une consultation hospitalière
 autre

Conclusions, précisions et commentaires :
.....
.....

L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non oui

Je demande une consultation médicale spécialisée non oui

Je souhaite être contacté par le médecin de PMI non oui

Je, soussigné(e) Dr:

atteste avoir examiné l'enfant le _____ jour _____ mois _____ an

Médecin : cachet - téléphone

Signature

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations

Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. Virale B	Pneumo-coque
1 ^e dose	<input type="checkbox"/>				
2 ^e dose	<input type="checkbox"/>				
3 ^e dose	<input type="checkbox"/>				
Rappel	<input type="checkbox"/>				

ROR 1 dose 2 doses

BCG fait Non Oui

Autres vaccins, (précisez) :

Antécédents

	Non	Oui
- Prématurité < 33 sem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otites à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affections broncho-pulmonaires à répétition dont plus de 3 affections « sifflantes »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident domestiques depuis le 9 ^e mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui :
intoxication brûlures Chute/traumatisme

Autres (précisez)

Nombre d'hospitalisations depuis le 9^e mois _____

Précisez les causes :

Affections actuelles

Non Oui

Si oui :

Alimentation

Anorexie et/ou troubles de l'alimentation
Allergie alimentaire

Troubles du sommeil

Système nerveux

Spina bifida
Infirmité motrice cérébrale
Autre *

Appareil cardio-vasculaire

Cardiopathie congénitale
Autre *

Appareil respiratoire

Asthme
Mucoviscidose
Autre

Appareil digestif

Reflux gastro-œsophagien
Autre *

Maladie métabolique *

Maladie endocrinienne *

Développement psychomoteur

	Non	Oui
Comprend une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomme au moins une image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superpose des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associe deux mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche acquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui à quel âge ? _____ mois		

Mesures

Poids _____ kg, _____ Taille _____ cm, _____

IMC _____, _____ Périmètre crânien _____ cm, _____

Examen de l'œil : Normal non oui

Exploration de l'audition : Normale non oui

Dents cariées / Nombre total de dents _____ / _____

Autres informations

Allaitement au sein non oui

Si oui :
durée de l'allaitement au sein en semaines _____

dont allaitement exclusif _____

Présence d'un risque de saturnisme non oui

Appareil génito-urinaire

Malformation urinaire
Malformation génitale
Autre *

Appareil ostéo-articulaire et musculaire

Luxation de la hanche
Autre *

Affections dermatologiques

Eczéma
Autre *

Maladies hématologiques

Maladie de l'hémoglobine
Autre *

Fente labio-palatine

Syndrome polymalformatif

Aberrations chromosomiques

Trisomie 21
Autre *

Autre pathologie décelée *

* Précisez :