

COMMISSION DEPARTEMENTALE D'ORIENTATION VERS LES ENSEIGNEMENTS ADAPTES DU SECOND DEGRE

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(à remettre le cas échéant pour la constitution du dossier, sous pli cacheté, au directeur ou au chef d'établissement)

Nom et Prénom de l'élève :		Feuille rédigée par :	
Sexe :		Qualité :	
Né(e) le :	à :	Date :	
Adresse des parents :		Date de la dernière visite médicale scolaire :	
Etablissement :		Classe :	

HISTOIRE DE L'ENFANT

Situation familiale : _____

Parcours scolaire : _____

Histoire médicale : _____

EXAMEN SOMATIQUE

Etat général : _____ Poids : _____ Taille : _____

Développement pubertaire : _____

	Vision	
	D	G
Acuité visuelle de loin	/ 10	/ 10
Avec verres	/ 10	/ 10

	Audition				
	Fréquence	500	1000	2000	4000
Oreille D					
Oreille G					

Vision des couleurs :

Nature des problèmes auditifs connus :

Autres affections : _____

Autres observations : _____

COMPORTEMENT

- Pendant l'examen _____

- En groupe _____

BILAN COMPLEMENTAIRE SI TROUBLES DES APPRENTISSAGES SUSPECTS

OEDEDYS

Autres (BREV...)

SOINS EN COURS ET MESURES DEJA PRISES

AVIS DE SPECIALISTE CONSULTES

CONSEILS DONNES

CONCLUSION

Avis favorable pour une orientation vers l'enseignement adapté
Si non, argumenter :

OUI

NON