

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 _____ Sexe : Fém. Masc.

Lieu de naissance : _____
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 _____

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 _____

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROR	1 dose <input type="checkbox"/>		2 doses <input type="checkbox"/>		
BCG fait	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		

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
Infirmitté 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 : _____
