

## Invitation à l'examen et conseil d'entrée à l'école

Service de santé publique  
Service médical pour enfants et adolescents  
Neumarkt 15-21, 50667 Cologne

Téléphone : 0221/221-24786, Téléfax 0221/221-24036  
E-mail : kinderundjugendgesundheit@stadt-koeln.de  
Internet : www.stadt-koeln.de

\_\_\_\_\_  
Nom, prénom, date de naissance de l'enfant

Où :  Au bureau de la santé, salle

À l'école

\_\_\_\_\_  
(Tampon de l'école)

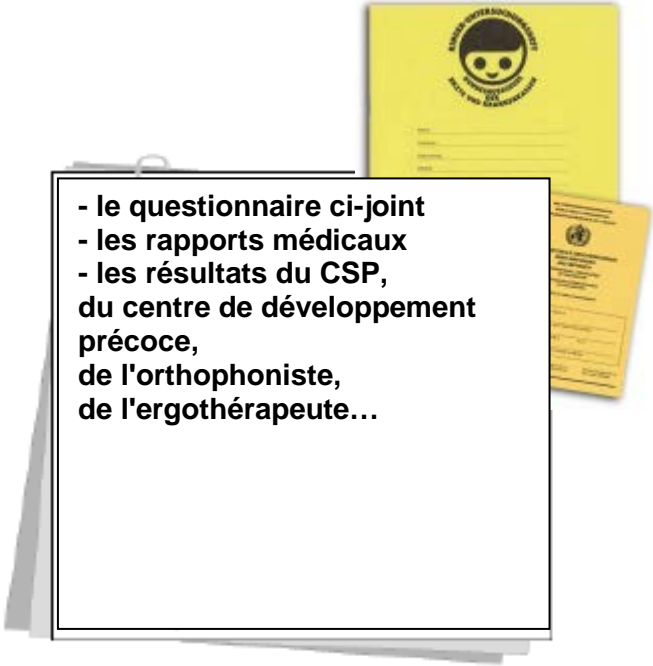
Quand : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jour de la semaine

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Heure

## À apporter s'il vous plaît !

- 
- le questionnaire ci-joint
  - les rapports médicaux
  - les résultats du CSP, du centre de développement précoce, de l'orthophoniste, de l'ergothérapeute...

Chers parents,

Une nouvelle étape de la vie commence - votre enfant entre à l'école. Grâce à l'examen et au conseil d'entrée à l'école, réalisés par votre équipe de médecins scolaires du service de santé publique, nous souhaitons vous aider, vous et votre enfant, à mieux vous orienter dans le quotidien scolaire.

Cet examen médical et cette consultation scolaire se distinguent des examens préventifs que vous connaissez chez le pédiatre. Il ne s'agit pas d'un examen de dépistage général, mais d'un examen qui a pour but d'aider votre enfant à passer le mieux possible le cap de l'école. C'est pourquoi une attention particulière est accordée aux aspects importants pour le quotidien scolaire, tels que l'audition et la vision, les capacités motrices globales et fines, le développement du langage, la concentration, la perception ainsi que le développement général adapté à l'âge.

La recommandation du médecin scolaire, qui tient particulièrement compte des aspects de santé, vous est communiquée ainsi qu'à la direction de l'école. La décision d'accepter votre enfant est prise par la direction de l'école. En fixant des dates d'examen, nous essayons de réduire au maximum le temps d'attente pour vous.

Veillez toutefois prévoir au moins 60 minutes pour cet examen important. Si vous êtes préoccupé(e) par les problèmes de santé de votre enfant avant son entrée à l'école, parlez-en à

votre médecin. S'il y a des questions qui ne doivent pas être abordées en présence de l'enfant, veuillez nous en informer avant l'examen. Si vous avez des questions particulières, nous vous proposerons volontiers un rendez-vous de consultation supplémentaire.

Afin d'obtenir une vue d'ensemble de l'état de santé de tous les enfants entrant à l'école, les résultats obtenus et les mesures proposées sont évalués de manière centralisée et anonyme, sans indication des données personnelles. Nous vous prions donc de bien vouloir remplir soigneusement le questionnaire ci-dessous. Afin de mieux refléter la diversité des constellations familiales, nous avons défini dans le questionnaire les formulations neutres « parent 1 », « parent 2 », en abrégé PA, au lieu de « père », « mère », avec la mention supplémentaire masculin, féminin, divers. Nous vous prions de choisir cela en fonction de votre situation familiale et de l'utiliser systématiquement. **Vos indications à ce sujet sont volontaires, confidentielles et soumises au secret médical.**

Nous vous prions d'apporter le **questionnaire rempli**, le **carnet d'examen jaune**, le **certificat de vaccination** et, le cas échéant, les **rapports médicaux** ainsi que les résultats du **CSP**, du **centre de développement précoce**, de **l'orthophoniste**, de **l'ergothérapeute**, etc. Nous vous demandons également de faire vérifier le statut vaccinal de votre enfant par le pédiatre et de le compléter si nécessaire.

Les frères et sœurs peuvent être une source d'inquiétude et de distraction pendant l'examen. Nous vous prions donc, dans la mesure du possible, de ne pas amener de frères et sœurs sans personne d'encadrement appropriée.

Nous vous remercions d'avance pour vos efforts. Nous vous souhaitons, à vous et à votre enfant, beaucoup de joie et de succès dans cette nouvelle étape de votre vie.

Avec nos meilleures salutations

De la part de

Votre équipe médicale scolaire de l'Office de la santé de Cologne

**À titre d'information pour les enfants ou les parents ayant des difficultés à se déplacer :**

Si vous, en tant que parent accompagnateur, ou l'enfant, avez besoin d'un accès sans barrière aux salles d'examen, je vous prie de me contacter (par téléphone, e-mail ou fax) afin que l'examen puisse être planifié à temps dans une salle appropriée.

**Pour information aux enfants ou parents sourds :**

Si vous, en tant que parent accompagnant ou l'enfant, avez besoin d'un interprète en langue des signes, je vous prie de me contacter (par téléphone, e-mail ou fax) afin que l'examen puisse être planifié à temps avec la participation d'un interprète en langue des signes.



**Toutes les informations sont facultatives et seront traitées de manière confidentielle.**

**Feuille d'anamnèse pour les examens par le service médical pour enfants et adolescents**

**01 Depuis quand la famille vit-elle en Allemagne ?**

01.1 - **Enfant** : depuis naissance  l'année \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

01.2 - **PA 1** : masculin  féminin  divers  depuis naissance  l'année \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

01.3 - **PA 2** : masculin  féminin  divers  depuis naissance  l'année \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**02 Quelle langue a été principalement parlée avec l'enfant à la maison au cours de ses trois premières années de vie (langue maternelle) ?**

Allemand  autre langue  laquelle ? \_\_\_\_\_

**03 Quelles autres langues sont parlées dans la famille ?**

\_\_\_\_\_

**04 Depuis quand votre enfant fréquente-t-il un jardin d'enfants ? \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 201\_\_ pas du tout**   
(jour | mois | année)

Rue et numéro de la crèche: \_\_\_\_\_

05 **Votre enfant pouvait-il marcher librement à 18 mois ?** oui  non

06 **Votre enfant pouvait-il déjà prononcer 50 mots à l'âge de 2 ans ?** oui  non

07 **Votre enfant est-il déjà sec pendant la journée ?** oui  non

08 **Votre enfant est-il déjà sec la nuit ?** oui  non

**09 Y a-t-il des particularités dans le développement de votre enfant ?**

09.1 - **Troubles du sommeil** oui  non

09.2 - **Accidents** (uniquement des accidents fréquents ou graves) oui  non

09.3 - **Maladies chroniques** (par ex. allergie, asthme, épilepsie, diabète) oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

09.4 - **Votre enfant a-t-il besoin de médicaments ?** oui  non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

**10 Quelle est votre évaluation personnelle ? Mon enfant**

10.1 - **peut se concentrer suffisamment longtemps.** oui  non

10.2 - **peut raconter des histoires adaptées à son âge.** oui  non

10.3 - **peut peindre selon son âge.** oui  non

10.4 - **s'entend bien avec les autres enfants** oui  non

10.5 - **est plus agité/zappeur que la normale pour son âge.** oui  non

10.6 - **est plus anxieux que la normale pour son âge.** oui  non

- 11 **Votre enfant est-il**  
trop maigre ?  poids normal ?  trop gros ?
- 12 **Mon enfant fréquente régulièrement un club de sport/natation.** oui  non
- 13 **Mon enfant**  
13.1 - a les appareils suivants dans sa chambre d'enfant :  
aucun  télévision  PC  console de jeux (Playstation/X-Box/Wii)
- 13.2 - regarde la télévision ou joue à l'ordinateur ou au téléphone portable/tablette/console de jeux en moyenne par jour (veuillez également tenir compte du week-end)  
au total \_\_\_\_\_ minutes par jour.
- 14 **Mesures de soutien antérieures pour votre enfant**  
(Diagnostic/conseil/thérapie): oui  non
- 14.1 - Si oui, veuillez cocher lequel :  
Promotion de la langue au jardin d'enfants  Centre d'éducation précoce  CSP   
Ergothérapie  Thérapie du langage  Kinésithérapie / thérapie par le mouvement   
Conseil psychologique/thérapie  Conseil familial   
Autre  Laquelle ? \_\_\_\_\_
- 15 **Frères et sœurs vivant dans le même ménage :** (année de naissance uniquement) aucun   
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_
- 16 **Particularités concernant le droit de garde** (par ex. interdiction de contact de l'un des parents, refus d'information, etc.)  
\_\_\_\_\_
- 16.1 **Notre famille est suivie par un**  
tuteur  assistant familial  n'est pas pris en charge
- 17 **Le questionnaire a été rempli par :** (Ne cocher qu'une seule case) Parents ensemble   
PA 1  PA 2  Grands-parents   
autre parent  parents d'accueil/adoptifs  tuteurs
- 18 **De quoi souhaitez-vous parler avec le médecin ?**