DIRECTION ENFANCE FAMILLE

BILAN D'ADMISSION À L'ACCUEIL À L'ASE

Enfant :

Nom : Prénoms

Date de naissance :

Antécédents particuliers (inclus suivis en cours) si connus :

- Médicaux

- Chirurgicaux

VACCINATIONS

☐ Diphtérie Tétanos	☐ Coqueluche	☐ Pneumo
☐ Poliomyélite	☐ Hib	☐ RRO
☐ Hépatite B	☐ Méningo C	☐ Autres (préciser)

EXAMEN CLINIQUE

1. Poids kg Taille : cm Périmètre crânien :
   TA: IMC:

2. Examen Somatique

3. Développement psychomoteur : cf. pages 2 et 3

4. Signes maturation pubertaires : ☐ non ☐ oui (indiquer le stade : S1, P1…)

Pilosité pubienne ☐ axillaire ☐

Organes génitaux externes :

Eventuellement, date des premières règles :

5. Examen sensoriel :

Audition :

Tympans : OG : OD :

Voix chuchotée ou objets sonores : OG OD :

Vision :

De près : OG : OD :

De loin : OG : OD :

Stabisme ☐ Nystagmus ☐ Lunettes ☐

6. Dentition :

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR ET PSYCHO-AFFECTIF

- Marche acquise : non ☐ oui ☐ (âge)
- Langage conforme à l'âge : non ☐ oui ☐ (cf. page 3)
- Repères spatiaux acquis : non ☐ oui ☐
- Repères temporaux acquis : non ☐ oui ☐
- Latéralité : non ☐ droite ☐ gauche ☐
- Propreté : non acquise ☐ nocture ☐ diurne ☐

- enfant scolarisé : oui ☐ non ☐
- bonne adaptation : oui ☐ non ☐

- niveau scolaire / classe spécialisée :

- spécificité du développement psychomoteur et du langage chez l'enfant de 0 à 3 ans :

1 an	Dit 2 à 3 mots : Oui ☐ Non ☐	Se tient debout en se tenant d'une main : Oui ☐ Non ☐	Etudie l'expression des visages : Oui ☐ Non ☐
18 mois	Pointe du doigt pour montrer ce qu'il veut : Oui ☐ Non ☐ Jargonne : Oui ☐ Non ☐	Marche : Oui ☐ Non ☐ Tire un jouet par une corde ou porte une poupée : Oui ☐ Non ☐	Regarde d'une image à l'autre quand on lui montre différentes images : Oui ☐ Non ☐
24 mois	Fait des phrases de 3mots : Oui ☐ Non ☐	Court : Oui ☐ Non ☐	Peut jouer seul une demi-heure : Oui ☐ Non ☐

30 mois	Emploie le « je » : Oui ☐ Non ☐	Monte et descend lesescaliers : Oui ☐ Non ☐	Commence à savoir où l'on va : Oui ☐ Non ☐
36 mois	Raconte des expériencesvécues Oui ☐ Non ☐	Fait du tricycle : Oui ☐ Non ☐	Commence à jouer avec un autre enfant en coopérant : Oui ☐ Non ☐

- **<u>Difficultés particulières</u>** (à préciser) :

  - Développement psychomoteur / autonomie / propreté :

  - Troubles du sommeil :

- Troubles alimentaires (anorexie, boulimie) :

- Troubles du langage :

- Troubles du comportement :

- Autres :

- Notifications MDPH : connue ou envisagée ?

CONCLUSIONS (dont nécessité d'un rythme de suivi) et PRESCRIPTIONS

Date

cachet et signature du médecin

Enfant

né/e le

Ces préconisations sont à destination de l'assistant familial et de l'éducateur référent.

Préconisations (vitamine D, vaccinations, consultations spécialisées, bilan CAMSP, rééducation, soins dentaires, poursuite suivis actuels, soins psychologiques, etc...):

Nom du médecin

Signature obligatoire : *Date :*

Cachet :