

## Chers parents,

Votre enfant va bientôt rentrer au cours préparatoire (CP) de l'école primaire. Il s'agit d'un grand changement pour lui. Il va être confronté à de nouveaux défis, aussi bien intellectuels que physiques. La plupart des enfants se réjouissent à l'idée de leur premier jour d'école. Pour certains, cette transition s'avère difficile, surtout lorsqu'il réalise que soudainement tout est tellement différent de ce dont il était habitué à l'école maternelle / la Kita ou dans sa famille.

Un examen médical d'entrée à l'école (en France nommé dépistage approfondi en milieu scolaire : bilan de 6 ans), nous permettra de connaître le niveau de développement de votre enfant, et de déterminer avec vous les aides pédagogiques ou les moyens thérapeutiques qui seraient nécessaires. Le but de cette évaluation est de donner, avec vous, le meilleur soutien possible à votre enfant, tant sur le plan intellectuel que physique. C'est grâce à un bon départ que votre enfant aura le plus de joie d'apprendre en classe.

Dans l'intérêt de votre enfant, **nous sollicitons votre coopération.**

Cet examen médical d'entrée à l'école est, comme l'indique le code de l'éducation de Berlin, obligatoire et réalisé par le médecin scolaire. (*Kinder-und Jugendgesundheitsdienst KJGD*)

\_\_\_\_\_ **Tourner s'il vous plaît !** \_\_\_\_\_

### **Examen médical d'entrée à l'école de votre enfant**

Aura lieu

le \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heures

**A l'adresse : ci-après**

**Si vous ne pouvez pas vous rendre au rendez vous convenu, nous vous demandons de nous prévenir le plus tôt possible afin de vous fixer un autre rendez-vous.**

Cet examen durera environ une heure.

### **Munissez-vous impérativement des documents suivants:**

1. le questionnaire ci-joint, complété par vous-même
2. **le carnet de vaccination** de votre enfant
3. son **carnet de santé** (*gelbes Voruntersuchungsheft*)
4. comptes rendus médicaux
5. ses **lunettes** s'il en a

Apporter le résultat de l'évaluation de langue allemande (***Kitasprachtests***) disponible dans votre Kita (facultatif)

Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, vous êtes obligés par la loi de présenter votre enfant et de fournir les données nécessaires. Afin de préparer l'examen médical, nous vous demandons de remplir préalablement le questionnaire ci-joint. Nous vous assurons que les données que vous fournirez seront protégées par le secret médical et ne seront pas jointes au dossier scolaire de votre enfant, mais seront gardées au sein de la médecine scolaire.

En plus de documents médicaux concernant votre enfant, nous vous conseillons d'apporter le résultat de l'évaluation de langue allemande (**Kitasprachtests**), disponible dans votre Kita. Il constitue l'un des éléments d'évaluation de la langue allemande, en particulier si une recommandation de soutien en allemand est mentionnée. La présentation de ce document est facultative

Au delà de l'examen médical de l'enfant et des conseils donnés aux parents, il est important pour les services de santé publique d'avoir une vue globale de la situation sanitaire des enfants de Berlin. Le but de cette analyse est de proposer des mesures efficaces, adaptées aux besoins des enfants. Cette analyse de la population des enfants, année après année s'inscrit dans le cadre de la loi de santé publique. Les données récoltées sont rendues anonymes avant leur analyse statistique.

Nous vous demandons de répondre à quelques questions supplémentaires (Paragraphe 5 du questionnaire ci joint), décrivant le mode de vie de votre enfant. Vous n'êtes pas obligés de répondre à ces questions mais en y répondant, vous nous permettrez d'effectuer une étude plus précise.

Nous nous réjouissons de faire la connaissance de votre enfant.

Sincères salutations

Votre médecin scolaire du service de santé publique (*Kinder-und Jugendgesundheitsdienst KJGD*)

## 1. Coordonnées personnelles de l'enfant

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Prénom(s): \_\_\_\_\_

Sexe: masculin  féminin

Date de naissance: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Nationalité(s): \_\_\_\_\_

Né en Allemagne: oui  non

Depuis votre enfant vit-il en Allemagne (mois/année) ?

### Frères et sœurs de moins de 18 ans:

Prénom Année de naissance

Prénom

Année de naissance

1. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

Parents de l'enfant / Représentants légaux uniquement:

Nom de la mère: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Nom du père: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Pays de naissance de la mère: \_\_\_\_\_

du père: \_\_\_\_\_

### Nationalité

de la mère: allemande oui  non  autre: \_\_\_\_\_

du père: allemande oui  non  autre: \_\_\_\_\_

Quelle(s) langue(s) sont parlées avec l'enfant dans votre famille :

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Nom du pédiatre/ médecin de famille: \_\_\_\_\_

## 2. Maladies de l'enfant (actuelles et passées):

2.1 Varicelle oui  non  sais pas

2.2 Bronchite asthmatiforme/Asthme oui  non  sais pas

2.3 Malformation / Pathologie cardiaque oui  non  sais pas

2.4 Convulsions / Crises d'épilepsie oui  non  sais pas

2.5 Votre enfant prend-il des médicaments de façon régulière ? oui  non  sais pas

Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_

2.6 Autre maladie / accident oui  non  sais pas

Si oui, quelle maladie / séquelles d'accident : \_\_\_\_\_

2.7 Séjour hospitalier/ Opération Nombre  aucun  sais pas

## 3. Développement de l'enfant

3.1. Votre enfant a-t-il déjà été traité / examiné

Par un(e) kinésithérapeute? oui  non

Par un(e) ergothérapeute? oui  non

Par un(e) orthophoniste? oui  non

Par un psychologue, psychiatre, coaching parental? oui  non

3.2. Votre enfant vous fait souci au niveau de

son comportement? oui  non

son développement du langage? oui  non

sa capacité à se concentrer? oui  non

ses capacités visuelles ou auditives? oui  non

3.3 Votre enfant fait-il encore pipi au lit ? ou en journée ? oui  non

## 4. Mode de garde de l'enfant

4.1 Depuis quand votre enfant fréquente-t-il la crèche, l'école maternelle, assistante maternelle (d'au moins 5 enfants) ? mois / année   non

si oui, nom de l'établissement dernièrement fréquenté: \_\_\_\_\_

4.2 Votre enfant est / a-t-il été gardé par un autre mode de garde que ci-dessus? oui  non

## 5. Mode de vie

- 5.1 L'enfant vit principalement chez  
Parents  mère célibataire  père célibataire   
Famille d'accueil  proche parents  en foyer/institution
- 5.2 Scolarité des parents (s'il vous plaît cochez le niveau atteint le plus élevé et des **deux** parents !)
- |                                 | Mère                  | Père                  |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aucun diplôme                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aucun diplôme et Collège achevé | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diplôme national du brevet      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Baccalauréat                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 5.3 Formation professionnelle des parents (s'il vous plaît cochez le niveau atteint le plus élevé et des **deux** parents !)
- |  | Mère                  | Père                  |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Pas de formation professionnelle               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Actuellement en formation / études             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Formation professionnelle                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Diplôme d'études supérieures (Université, IUT) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 5.4 Emploi (des deux parents s'il vous plaît !)
- |                              | Mère                  | Père                  |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <i>Ne travaille pas, car</i> |                       |                       |
| ne trouve pas d'emploi       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Raisons personnelles         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temps partiel                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Temps plein                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 5.5 Combien de personnes vivent dans votre foyer (votre enfant y compris)?  
Adultes:       Enfant(s) de moins de 18 ans:
- 5.6 Combien de personne(s) fume(nt) dans votre foyer ?  aucun
- 5.7 Combien d'heure(s) par jour votre enfant passe-t-il en moyenne avec des appareils électroniques ? (sont compris comme appareils électroniques : télévision, lecteur DVD, ordinateur, tablette, téléphone portable, Playstation) :
- Durée par jour :    Mon enfant possède :
- |                  |                       |                      |                       |
|------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Pas du tout      | <input type="radio"/> | sa propre télévision | <input type="radio"/> |
| max. 1 heure     | <input type="radio"/> | un autre appareil    | <input type="radio"/> |
| max. 2 heures    | <input type="radio"/> | aucun appareil       | <input type="radio"/> |
| max. 3 heures    | <input type="radio"/> |                      |                       |
| plus de 3 heures | <input type="radio"/> |                      |                       |

---

### Consentement éclairé

J'ai été informé, que les réponses aux questions du paragraphe 5 ont été données de façon **volontaire**.  
Le regroupement et le traitement des données de l'enfant sont soumis au règlement de Traitement des Données Personnelles du Bureau de Santé Publique du 30.06.1994. Ces informations sont strictement confidentielles et seront conservées par le médecin scolaire du service de santé publique.  
Je donne mon accord pour que les informations du Paragraphe 5 (mode de vie) puissent être rendues **anonymes** (c'est-à-dire sans noms et adresses), conservées et traitées pour analyse statistique par le service de santé publique ayant pour objectif la surveillance et la planification de la santé publique.

Date .....

Signature .....  
Du/ des représentant/s légal/ légaux