

# Examen spécifique 4 ans – page 1

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**AG :**

**Examen réalisé par :**

**Mode d'exercice:** Libéral       Salarié : hospitalier     PMI     CAMSP

**Date d'examen :**

**Age lors de l'examen :**            **ans**            **mois**

	Mesure	DS ou percentile
<b>Poids</b>		
<b>Taille</b>		
<b>PC</b>		
<b>IMC</b>		
<b>TA</b>		

## INTERROGATOIRE

Mode de garde	Parents	<input type="checkbox"/>	Grands-parents	<input type="checkbox"/>
	Autre :			<input type="checkbox"/>
Situation familiale	Couple	<input type="checkbox"/>	Parent isolé	<input type="checkbox"/>
	Autre :			<input type="checkbox"/>
Fratrie	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
	Si oui, rang :        /			
Bilinguisme familial	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>			

Scolarisation	Plein temps	<input type="checkbox"/>	Temps partiel	<input type="checkbox"/>
	Classe :			
Prise en charge spécifique à l'école (soutien, RASED ...)	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
	AVS	Non	<input type="checkbox"/>	Oui

Appétit	Normal	<input type="checkbox"/>	Médiocre	<input type="checkbox"/>
	Sélectif	<input type="checkbox"/>	Important	<input type="checkbox"/>
Texture	Gros morceaux		<input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>
Grignotage	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>

**En cas de changement d'adresse ou de n° de téléphone, noter ici les nouvelles coordonnées :**



Sommeil	Endormissement	Oui	Non
	- sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réveils nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S'endort avec :		Oui	Non
	- pouce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sucette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- doudou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Propreté	Acquise	Non acquise
diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pathologies observées depuis le dernier examen		
Nombre d'hospitalisations	/ ___ /	Motifs :
Pathologies chroniques	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser type de pathologie et traitement éventuel :

Suivi	Prise en charge <u>en cours</u>	Libéral	CAMSP Pré CAMSP
Pédiatre	<input type="checkbox"/>		
Neuropédiatre Médecin rééducateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM :

Prénom :

**EXAMEN NEURODEVELOPPEMENTAL**

Bilan visuel annuel	Non fait <input type="checkbox"/>
	Fait <input type="checkbox"/>
Absence d'anomalie	<input type="checkbox"/>
Anomalie de la poursuite visuelle	<input type="checkbox"/>
Strabisme	<input type="checkbox"/>
Troubles de la réfraction	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>
Autre anomalie	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	

Tonus musculaire passif des membres supérieurs	D	G
Tonus normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlaxité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tonus musculaire passif des membres inférieurs	D	G
Tonus normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlaxité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motricité globale	Acquis	Non acquis
Monte et descend les escaliers <b>sans se tenir</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Saute d'une marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Tape dans le ballon avec le pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lance et attrape le ballon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêt instantané du mouvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Latéralité manuelle
D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Les 2 <input type="checkbox"/>

Audition		
Normale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si anormale, préciser : droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> bilatérale <input type="checkbox"/>		
Si appareillage, préciser :		

ROT et réflexe cutané plantaire		D	G
Bicipital	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotulien	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cutané plantaire	Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Coordination	Normale	Anormale
Doigt-nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marionnettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Troubles moteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	D	G
Hémi-parésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monoplégie membre supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monoplégie membre inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Tétraparésie spastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur la pointe des pieds Si oui, préciser : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> bilatérale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La page suivante (questionnaire parental de dépistage du THADA) est à détacher pour pouvoir être remplie par les parents au cours de la consultation.

La suite de l'examen des 4 ans est constituée par la passation d'Eval Mater qui débute à la page 9.

Attention :

- le bilan psychomoteur est différent selon que l'enfant a ou pas atteint l'âge de 4 ans,
- le bilan de langage est identique de 3 ans 1/2 à 4 ans 1/2.

La feuille de synthèse de l'examen est située à la page 13 du cahier.

**NB ! Bien penser à reporter les 3 scores (psychomotricité, langage et dépistage THADA) sur la feuille de synthèse.**

## Questionnaire parental de dépistage du THADA

(d'après la version abrégée du questionnaire de Conners à l'intention des parents)

*Cette page est à détacher pour pouvoir être remplie par les parents au cours de la consultation. Si les 2 parents sont présents et ne sont pas d'accord, chacun des parents pourra utiliser une couleur différente.*

Vous trouverez ci dessous des énoncés décrivant des comportements d'enfants ou des problèmes qu'ils ont parfois. Lisez chaque énoncé attentivement et décidez à quel degré il correspond à votre enfant en indiquant une croix dans la colonne appropriée.

	<b>Pas du tout 0</b>	<b>Un peu 1</b>	<b>Beaucoup 2</b>	<b>Enormément 3</b>
Est excitable, impulsif, difficile à contrôler dans les magasins				
Pleure souvent ou facilement				
Se tortille, ne tient pas en place, ne reste pas assis				
Est agité, a toujours besoin de faire quelque chose, ne s'arrête jamais				
Est destructeur, peu soucieux de ses affaires				
Ne termine pas ce qu'il a commencé, ne finit pas son travail				
A du mal à fixer son attention (faire un jeu, écouter une histoire), est facilement distrait				
A des changements d'humeur rapides et fréquents				
Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire				
Dérange les autres enfants, n'attend pas son tour				

<b>Score dépistage THADA</b>
------------------------------

<b>/ 30</b>
-------------





***Ce score est à reporter sur la feuille de synthèse de la consultation, à la fin de l'examen des 4 ans.***


NOM :










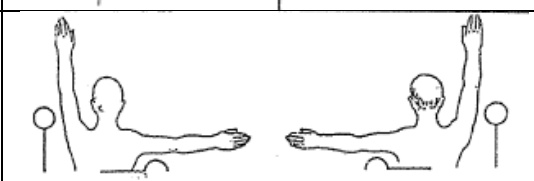

Prénom :

**PSYCHOMOTRICITE :**

Cotation : entourer le chiffre correspondant aux épreuves réussies par l'enfant ou cocher la case "refus".

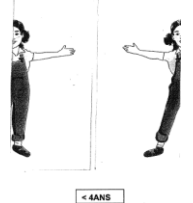
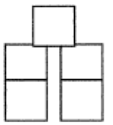
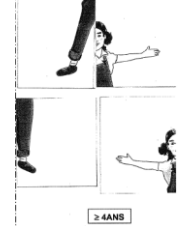
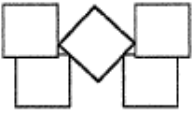
	< 4 ans	≥ 4 ans	Refus
<b>Motricité globale</b>			
<b>L'enfant peut exécuter (sur ordre ou sur imitation) :</b>			
Reste 3 secondes sur un pied	5		<input type="checkbox"/>
Saute à pieds joints	5		<input type="checkbox"/>
Reste 5 secondes sur un pied		5	<input type="checkbox"/>
Saute à cloche pied		5	<input type="checkbox"/>
<b>Score A (motricité globale)</b>		<b>/10</b>	<b>/10</b>

<b>Connaissance du corps – Représentation corporelle</b>			
<b>Demander à l'enfant de dessiner un bonhomme sur une feuille libre. Noter les parties représentées sur son dessin.</b>			
Tête (ronde ou ovale)	4	0,5	<input type="checkbox"/>
Bras (même si traits)	2	2	<input type="checkbox"/>
Jambes (même si traits)	2	1	<input type="checkbox"/>
Yeux	1	0,5	<input type="checkbox"/>
Bouche	1	2	<input type="checkbox"/>
Corps		4	<input type="checkbox"/>
<b>Score B (connaissance du corps – représentation corporelle)</b>		<b>/10</b>	<b>/10</b>

<b>Motricité fine</b>					
Pinde tripode – Tenue du crayon			4	<input type="checkbox"/>	
Praxies bucco-faciales sur imitation	Ouvrir la bouche	1		<input type="checkbox"/>	
	Fermer les yeux	1		<input type="checkbox"/>	
	Souffler		2	<input type="checkbox"/>	
	Gonfler les joues		3	<input type="checkbox"/>	
	Claquer la langue		3	<input type="checkbox"/>	
Imitation de gestes (examineur en face de l'enfant)	Mains ouvertes		1	1	<input type="checkbox"/>
	Poings fermés		1	1	<input type="checkbox"/>
	Alternance poings fermés / mains ouverte		6	2	<input type="checkbox"/>
	Alternance bras vertical / bras horizontal			4	<input type="checkbox"/>
<b>Score C (motricité fine)</b>		<b>/10</b>	<b>/20</b>		

NOM :

Prénom :

Organisation perceptives					
Praxies visuo-constructives 1 : puzzle et construction	Puzzle 2 pièces <i>Pièces disposées comme ci contre</i> <i>Pas de démonstration préalable</i>	 <small>&lt;4ANS</small>	2	<input type="checkbox"/>	
	Pont 5 cubes (avec modèle en place) <i>Ne donner que 5 cubes à l'enfant</i>		6	<input type="checkbox"/>	
	Puzzle 4 pièces <i>Pièces disposées comme ci contre</i> <i>Pas de démonstration préalable</i>	 <small>≥4ANS</small>	4	<input type="checkbox"/>	
	Barrière 5 cubes (avec modèle en place) <i>Ne donner que 5 cubes à l'enfant</i>		4	<input type="checkbox"/>	
Praxies visuo-constructives 2 : copie de formes <i>Modèle sous les yeux</i> <i>Dessin sur feuille libre</i>	Trait vertical		1	<input type="checkbox"/>	
	Trait horizontal		1	<input type="checkbox"/>	
	Rond		6	<input type="checkbox"/>	
	Carré		6	<input type="checkbox"/>	
Aptitudes visuelles : désignation de couleurs à l'aide des 4 feutres <i>Faire reposer le feutre choisi à chaque fois</i>	Rouge		1	0,5	<input type="checkbox"/>
	Bleu		1	0,5	<input type="checkbox"/>
	Vert		1	0,5	<input type="checkbox"/>
	Jaune		1	0,5	<input type="checkbox"/>
Identification des intrus	Dessin 1 : fourchettes			5	<input type="checkbox"/>
	Dessin 2 : ciseaux			5	<input type="checkbox"/>
Notion spatiales : en utilisant un cube, la table, la boîte Eval Mater	Dessus : « Tu vois la table, mets le cube <b>dessus</b> . »		2	1	<input type="checkbox"/>
	Dessous: « Tu vois la table, mets le cube <b>dessous</b> . »		1	1	<input type="checkbox"/>
	Dans : « Mets le cube <b>dans</b> la boîte. »		1		<input type="checkbox"/>
	A côté: « Mets le cube <b>à côté</b> de la boîte. »		2	2	<input type="checkbox"/>
	Derrière: « Mets le cube <b>derrière</b> la boîte. »		2	4	<input type="checkbox"/>
	Devant: « Mets le cube <b>devant</b> la boîte. »		2	4	<input type="checkbox"/>
<b>Score D (organisation perceptives)</b>			<b>/30</b>	<b>/40</b>	

<b>Score total psychomotricité : A + B + C + D</b>	<b>/60</b>	<b>/80</b>
<i>Scores A, B et C : à récupérer sur la page précédente</i>		

NOM :

Prénom :

**LANGAGE 1 : EXPRESSION**

		Refus
<b>Expression linguistique 1 : dénomination d'images</b>		
« Dis-moi ce que tu vois » ou bien « Dis-moi ce qu'elle fait ».		
Présenter les images (cartes individuelles) les unes après les autres.		
Attribuer 1 point même si le mot est <u>mal articulé</u> (« seva » pour « cheval ») mais pas si le mot est <u>inexact</u> (« table » pour « chaise »).		
Chaise	1	<input type="checkbox"/>
Cheval	1	<input type="checkbox"/>
Chat	1	<input type="checkbox"/>
Manger	1	<input type="checkbox"/>
Boire	1	<input type="checkbox"/>
Pomme	1	<input type="checkbox"/>
Banane	1	<input type="checkbox"/>
<b>Score A (expression linguistique 1 : dénomination d'images)</b>		<b>/7</b>

<b>Expression linguistique 2 : description d'image</b>							
« Raconte-moi ce qui se passe » ou « Qu'est-ce que tu vois ? » ou « Qu'est-ce qu'ils font ? »							
<b>Niveau informatif</b>	<b>Exploration du contenu du discours</b>	Ne dit rien	0	Enumère des détails	1	Bonne description et mise en situation des éléments	2
<b>Niveau syntaxique</b>	<b>Utilisation de déterminants</b>	Jamais	0	Parfois ou erreurs	1	Utilisation correcte des déterminants	2
	<b>Conjugaison des verbes</b>	Absence de verbe	0	Verbes non conjugués	1	Conjugaison correcte	2
	<b>Structures des phrases</b>	Mots isolés ou juxtaposés	0	Sujet et verbe	1	Sujet, verbe et complément	2
<b>Score B (expression linguistique 2 : description d'image)</b>							<b>/8</b>

		Refus
<b>Bilan phonétique 1 : répétition de mots</b>		
« Répète après moi les mots que je vais te dire ». Prononcer les mots tels quels, sans déterminant.		
Cochon	1	<input type="checkbox"/>
Chapeau	1	<input type="checkbox"/>
Train	1	<input type="checkbox"/>
Avion	1	<input type="checkbox"/>
Four	1	<input type="checkbox"/>
Perdu	1	<input type="checkbox"/>
Musique	1	<input type="checkbox"/>
Fruit	1	<input type="checkbox"/>
Brouette	1	<input type="checkbox"/>
Gâteau	1	<input type="checkbox"/>
Il neige	1	<input type="checkbox"/>
Leçon	1	<input type="checkbox"/>
Joujou	1	<input type="checkbox"/>
<b>Score C (bilan phonétique 1 : répétition de mots)</b>		<b>/13</b>

		Refus
<b>Bilan phonétique 2 : répétition de logatomes</b>		
« Je vais te dire des mots qui ne veulent rien dire. Répète-les après moi. »		
Erpli	1	<input type="checkbox"/>
Cladoi	1	<input type="checkbox"/>
Patirio	1	<input type="checkbox"/>
<b>Score D (bilan phonétique 2 : répétition de logatomes)</b>		<b>/3</b>

<b>Score langage 1 : EXPRESSION : A + B + C + D</b>	<b>/31</b>
---	------------

NOM :

Prénom :

**LANGAGE 2 : COMPREHENSION**

		Refus
<b>Désignation d'images</b> NB : cette épreuve n'est à exécuter que si l'enfant a fait <u>une erreur ou plus en dénomination</u> . Si l'enfant a obtenu 7/7 en dénomination, on lui attribue d'emblée 7/7 en désignation. Présenter la feuille A3. « Montre-moi ». Énoncer les mots tels quels, sans rien ajouter.		
Chat	1	<input type="checkbox"/>
Chaise	1	<input type="checkbox"/>
Cheval	1	<input type="checkbox"/>
Boire	1	<input type="checkbox"/>
Banane	1	<input type="checkbox"/>
Manger	1	<input type="checkbox"/>
Pomme	1	<input type="checkbox"/>
<b>Score E (désignation d'images)</b>	<b>7</b>	

		Refus
<b>Compréhension de consignes</b> « Tu vas faire ce que je te demande ». NB : les 2 dernières consignes sont données en une seule phrase mais cotées séparément.		
Regarde la fenêtre.	1	<input type="checkbox"/>
Montre-moi la porte.	1	<input type="checkbox"/>
Sors le cube de la boîte ...	1	<input type="checkbox"/>
... puis donne-le moi.	1	<input type="checkbox"/>
<b>Score F (compréhension de consignes)</b>	<b>4</b>	

		Refus
<b>Gnosies : discrimination auditive de phonèmes</b> Dans un premier temps, dénommer chaque image en donnant des explications : « Là, c'est la bouteille de vin », « Là, c'est le fer à repasser ». Dire ensuite à l'enfant « Montre-moi » et donner le mot sans le déterminant : « Montre-moi : main » L'ordre de désignation est différent de l'ordre de passation.		
main / vin / bain / pain	/ 4	<input type="checkbox"/>
fer / verre	/ 2	<input type="checkbox"/>
<b>Score G (discrimination auditive de phonèmes)</b>	<b>6</b>	

<b>Score langage 2 : COMPREHENSION : E + F + G</b>	<b>/17</b>
--	------------

<b>Score langage 1 : EXPRESSION : A + B + C + D (page précédente)</b>	<b>/31</b>
<b>Score langage 2 : COMPREHENSION : E + F + G (ci-dessus)</b>	<b>/17</b>
<b>Score total langage : 1 + 2</b>	<b>/48</b>

# Feuille de synthèse de l'examen spécifique des 4 ans

**Bien penser à reporter les 3 scores :  
psychomotricité,  
langage,  
dépistage TDAH**

---

## **PRESCRIPTION D'UN BILAN PSYCHOMOTEUR PAR LE MEDECIN REFERENT**

Si à l'issue de l'examen de dépistage les résultats de l'enfant à la partie "bilan psychomoteur" d'ÉVAL MATER remplissent un des critères suivants :

< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)
Score ≤ 30	Score ≤ 44

le médecin référent peut prescrire un bilan psychomoteur.

Dans ce cas, le médecin référent doit remplir la **fiche de prescription Naître et Devenir**, située page 128. Cette fiche permet d'obtenir une réduction du montant à payer par les parents pour le bilan psychomoteur, grâce à une dérogation tarifaire qui sera versée directement au psychomotricien par le réseau.



NOM :  
Prénom :

Examen spécifique 4 ans – page 7

SYNTHESE DE LA  
CONSULTATION 4 ans

Comportement lors de l'examen	Participe volontiers <input type="checkbox"/> Participe peu <input type="checkbox"/> Ne participe pas <input type="checkbox"/> S'oppose <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---

Sensoriel	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée												
Motricité globale Tonus	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée												
Scolarité	<input type="checkbox"/> Sans problème	<input type="checkbox"/> Difficultés rencontrées (à préciser) :												
Eval Mater : bilan psychomoteur  Score obtenu =  à compléter	<input type="checkbox"/> Absence de troubles  <table border="1"> <tr> <td>&lt; 4 ans (sur 60)</td> <td>≥ 4 ans (sur 80)</td> </tr> <tr> <td>Score ≥ 53</td> <td>Score ≥ 62</td> </tr> </table>	< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)	Score ≥ 53	Score ≥ 62	<input type="checkbox"/> Surveillance : réévaluation dans 6 mois <table border="1"> <tr> <td>&lt; 4 ans (sur 60)</td> <td>≥ 4 ans (sur 80)</td> </tr> <tr> <td>31 ≤ Score ≤ 52</td> <td>45 ≤ Score ≤ 61</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Orientation : bilan psychomoteur (cf page suivante) <table border="1"> <tr> <td>&lt; 4 ans (sur 60)</td> <td>≥ 4 ans (sur 80)</td> </tr> <tr> <td>Score ≤ 30</td> <td>Score ≤ 44</td> </tr> </table>	< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)	31 ≤ Score ≤ 52	45 ≤ Score ≤ 61	< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)	Score ≤ 30	Score ≤ 44
< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)													
Score ≥ 53	Score ≥ 62													
< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)													
31 ≤ Score ≤ 52	45 ≤ Score ≤ 61													
< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)													
Score ≤ 30	Score ≤ 44													
Eval Mater : bilan de langage  Score obtenu =  à compléter	<input type="checkbox"/> Absence de troubles  Score ≥ 39	<input type="checkbox"/> Surveillance : réévaluation dans 6 mois <table border="1"> <tr> <td>&lt; 4 ans</td> </tr> <tr> <td>36 ≤ Score ≤ 38</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Orientation : bilan orthophonique <table border="1"> <tr> <td>&lt; 4 ans</td> <td>≥ 4 ans</td> </tr> <tr> <td>Score ≤ 35</td> <td>Score ≤ 38</td> </tr> </table>	< 4 ans	36 ≤ Score ≤ 38	< 4 ans	≥ 4 ans	Score ≤ 35	Score ≤ 38						
< 4 ans														
36 ≤ Score ≤ 38														
< 4 ans	≥ 4 ans													
Score ≤ 35	Score ≤ 38													
Questionnaire de dépistage du THADA  Score obtenu =  à compléter	<input type="checkbox"/> Absence de troubles  Score ≤ 14	<input type="checkbox"/> Avis pédopsychiatrique  Score ≥ 15												
Autres pathologies organiques	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée												

Commentaires et résultats des bilans éventuels:

Prochain RDV Naître et Devenir le :

/ / à h



**Bilan visuel à prescrire pour 5 ans !**

PRISE EN CHARGE A PREVOIR				
	Libéral	CAMSP Pré CAMSP	Nb séances prescrites	Objet de la prescription
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

CS RECOURS	
Ophthalmologue	<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>

Coordonnées des médecins spécialistes de recours et des intervenants paramédicaux :

Nom :	Tél :
Nom :	Tél :