



ATTESTATION DU MÉDECIN - MEDICAL EVALUATION

À compléter par le MÉDECIN DE FAMILLE
avant l'admission au programme des
troubles sévères d'apprentissage du
Consortium Centre Jules-Léger

To be completed by the FAMILY DOCTOR
before admission to CCJL

**Please return and send any pertinent
test result or consultation document to:**

**SVP retourner le document et faire
parvenir une copie de tout résultat ou
consultation pertinente à :**

**Infirmière/Nurse
281 Lanark
Ottawa ON K1Z 6R8**

**Télécopie - Fax : 613 761-9301
patricia.kiwan@ccjl.ca**

Examiné par / Examined by :

(Please print / Lettres moulées)

Signature et date

Adresse et numéro de téléphone / Address and phone number :

Examen médical - Medical Exam

Nom de l'élève /Student Name : _____

Date de naissance/ Date of birth : _____ Sexe/Sex : F__ M__

Numéro de carte santé/Health card number : _____

Âge		Taille/height	
Sexe/sex		Poids/weight	
T.A./B.P.		Pls	
Apparence générale/ general appearance		Resp	
Yeux/eyes		Fond d'oeil/ fundiscopie	
Lunettes/glasses		Verres de contact /contact lenses	
Prothèse/prosthesis		Oreilles/ears	
Bouche/mouth		Pharynx	
Dents/teeth		Cou/neck	
Thyroïde/thyroid		Amygdales/tonsils	
Poitrine/chest		Poumons/lungs	
Coeur/heart		Abdomen	
Système gastro-intestinal/G.I. sys.		Sys. génito-urinaire/GU system	
Syst. osseux/ Orthopedic system		Peau/skin	
Syst. nerveux/ neurological system		Allergies: (drugs, food, etc)	
Extrémités /extremities		Autres/others	

Diagnostic :

Commentaires/conseils - comments/advice :

Éducation physique - physical education :

- Oui - Yes
- No - Non
- Limité - Limited

Pourquoi / Why :

**SVP nous faire parvenir une copie de tout résultat ou consultation pertinente à :
Please send us any pertinent test result or consultation document to:**

**Infirmière/Nurse
281 Lanark
Ottawa ON K1Z 6R8
Télécopie - Fax : 613 761-9301
patricia.kiwan@ccjl.ca**