



[Logo du prestataire]	Coordonnateur du dépistage :
	Date du dépistage :
	Lieu :

### Pourquoi le dépistage est-il important ?

La vision et l'audition de votre enfant sont importantes pour ses apprentissages. L'Organisation mondiale de la Santé recommande qu'une personne compétente teste la vision et l'audition de tous les enfants.

### Comment se déroule le dépistage ?

Pendant le dépistage, la vision et l'audition de votre enfant sont testées. Une personne examine attentivement les yeux et les oreilles de votre enfant pour s'assurer qu'ils sont en bonne santé. Aucun médicament n'est délivré et l'intervention n'est pas douloureuse.

### Comment dois-je me préparer ?

Si votre enfant porte des lunettes, il doit les apporter le jour du dépistage.

### Que se passe-t-il après le dépistage ?

On vous informe des résultats et des démarches à entreprendre, le cas échéant. Les résultats sont également communiqués au coordonnateur du dépistage, qui vous contactera s'il y a lieu.

### Comment utiliser le présent formulaire ?

Lisez les questions attentivement et cochez les cases () appropriées. Un supplément d'information peut être demandé. Là où vous voyez un crayon () , inscrivez l'information demandée.

1. Renseignements sur l'enfant	
Nom de famille 	Prénoms 
Date de naissance 	Genre : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Adresse 	
École 	Classe 
Renseignements sur le parent/responsable de l'enfant	
Nom de famille 	Prénoms 
Téléphone/courriel 	
Langues parlées 	

### 2. Consentement au dépistage des troubles sensoriels *Cochez une seule réponse*

**Oui**, je consens au dépistage des troubles de la vision et de l'audition chez mon enfant et à la communication des résultats au coordonnateur de l'école

→ *Passez à la section suivante*

**Non**, je refuse que mon enfant participe au dépistage des troubles de la vision et de l'audition  → Expliquez pourquoi ✎

**3. Questions préalables au dépistage** Répondez uniquement si vous avez répondu « Oui » à la question précédente.

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?	Oui <input type="checkbox"/> → À quoi servent-elles ? À voir de loin <input type="checkbox"/> À voir de près <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant porte-t-il une aide auditive ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il diabétique ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant se plaint-il de douleurs, de gêne ou de démangeaisons intenses à l'œil ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
La vision de votre enfant vous inquiète-t-elle ?	Oui <input type="checkbox"/> → Précisez ✎	Non <input type="checkbox"/>
L'audition de votre enfant vous inquiète-t-elle ?	Oui <input type="checkbox"/> → Précisez ✎	Non <input type="checkbox"/>

**4. Signature** Veuillez signer ci-dessous et retourner le formulaire rempli à [insérer le nom du coordonnateur/de l'école/de l'établissement]

Nom du parent/responsable ✎	Lien avec l'enfant ✎
Signature du parent/responsable ✎	Date ✎