

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

#### **Arrêté du 11 mars 2009 modifiant l'arrêté du 5 décembre 2005 relatif aux modèles d'imprimés servant à établir les premier, deuxième et troisième certificats de santé de l'enfant**

NOR : SASP0905862A

Par arrêté de la ministre de la santé et des sports en date du 11 mars 2009, les modèles d'imprimés servant à établir les certificats de santé pour les examens médicaux subis au cours du neuvième et du vingt-quatrième mois de la vie sont établis conformément aux modèles annexés au présent arrêté (1).

Le certificat relatif à l'examen subi au cours du neuvième mois est enregistré par le CERFA sous le numéro 12597\*02. Le numéro CERFA 12597\*01 est annulé.

Le certificat relatif à l'examen subi au cours du vingt-quatrième mois est enregistré par le CERFA sous le numéro CERFA 12598\*02. Le numéro CERFA 12598\*01 est annulé.

Ces nouveaux modèles se substituent à ceux établis conformément à l'arrêté du 5 décembre 2005 relatif aux modèles d'imprimés servant à établir les premier, deuxième et troisième certificats de santé de l'enfant.

Les départements doivent utiliser ces modèles à partir du 1<sup>er</sup> juin 2009.

---

(1) Les modèles de ces certificats seront publiés au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités et peuvent être consultés sur le site du ministère de la santé et des sports ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)) et auprès des services du conseil général de chaque département.

**DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ**

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 9<sup>e</sup> MOIS.  
Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986. Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.  
*Ne pas remplir les cases tranchées*



N°12597\*02

**Enfant** Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_ Sexe : Fém.  Masc.  Commune \_\_\_\_\_  
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
**Adresse du domicile :**  
M.  Mme  Mlle  Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

**Famille** Nom de naissance de la mère \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Nombre d'enfants vivant au foyer \_\_\_\_\_  
**Si vous faites actuellement garder votre enfant :**  
 Crèche collective  Crèche parentale  Halte-garderie  Structure multi-accueils  Chez vous par un tiers  
 Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale  Assistante maternelle indépendante  Autre  
**Garde à temps complet (jour ET nuit) :**  Assistant(e) familial(e)  Pouponnière

**Profession :** (inscrivez le numéro correspondant à votre réponse)  
Mère  1 Agriculteur exploitant  2 Actif  5 Chômeur  
 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise  3 Retraité  6 Elève, étudiant ou en formation  
 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure  5 Employé  3 Au foyer  4 Congé parental  7 Autre inactif  
 6 Ouvrier

**Examen médical**  
**Effectué par :**  
 un omnipraticien  un pédiatre  un autre spécialiste  
**Réalisé dans :**  
 un cabinet médical privé  une consultation de P.M.I.  une consultation hospitalière  autre

Conclusions, précisions et commentaires :  
.....  
.....  
.....  
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non  oui   
Je demande une consultation médicale spécialisée non  oui   
Je souhaite être contacté par le médecin de PMI non  oui   
Je, soussigné(e) Dr :  
.....  
atteste avoir examiné l'enfant le \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_

Médecin : cachet - téléphone \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

**PARTIE MÉDICALE**

**Vaccinations** Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

DT Polio <input type="checkbox"/>	Coq. <input type="checkbox"/>	H. Infl. <input type="checkbox"/>	Hep. Virale B <input type="checkbox"/>	Pneumo-coque <input type="checkbox"/>
1 <sup>e</sup> dose <input type="checkbox"/>	2 <sup>e</sup> dose <input type="checkbox"/>	3 <sup>e</sup> dose <input type="checkbox"/>	BCC fait <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse Non  Oui   
Autres vaccins, (précisez) : .....

**Antécédents**

- Prématurité < 33 sem <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
- Otites à répétition <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affections broncho-pulmonaires à répétition <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident domestique <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui :  
Intoxication  Brûlures  Chute/traumatisme   
Autres (précisez) .....

Nombre d'hospitalisations en période néonatale \_\_\_\_\_  
Précisez les causes : .....

Après la période néonatale : \_\_\_\_\_ (précisez) .....

**Développement psychomoteur**

Tient assis sans appui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Réagit à son prénom <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répète une syllabe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplace <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisit un objet avec participation du pouce <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pointe du doigt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joue à « courcou, le voilà » <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Mesures**

Taille \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ cm  
Poids \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ kg  
Périmètre crânien \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ cm

Examen de l'œil : Normal non  oui   
Exploration de l'audition : Normale non  oui

**Autres informations**

Allaitement au sein Si oui : \_\_\_\_\_ non  oui   
durée de l'allaitement au sein en semaines \_\_\_\_\_  
dont allaitement exclusif \_\_\_\_\_  
Présence d'un risque de saturnisme non  oui

**Affections actuelles** Non  Oui

**Si oui :**

**Anorexie et/ou troubles de l'alimentation**

**Troubles du sommeil**

**Système nerveux**

Spina bifida    
Infirmité motrice cérébrale    
Autre \*

**Appareil cardio-vasculaire**

Cardiopathie congénitale    
Autre \*

**Appareil respiratoire**

Mucoviscidose    
Autre \*

**Appareil digestif**

Reflux gastro-œsophagien    
Autre \*

**Maladie métabolique \***

**Maladie endocrinienne \***

**Appareil ostéo-articulaire et musculaire**

Malformation urinaire    
Malformation génitale    
Autre \*

**Affections dermatologiques**

Eczéma    
Autre \*

**Maladies hématologiques**

Maladie de l'hémoglobine    
Autre \*

**Fente labio-palatine**

**Syndrome polymalformatif**

**Aberrations chromosomiques**

Trisomie 21    
Autre \*    
**Autre pathologie décelée \***    
\* Précisez : .....

**TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ**

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24<sup>e</sup> MOIS.

Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986, Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.

Ne pas remplir les cases traitées



N°12598\*02

**Enfant** Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_ Sexe: Fé m.  Masc.   
Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
**Adresse du domicile :**  
M.  Mme  Mlle  Nom \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_

**Famille** Nom de naissance de la mère \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_  
Nombre d'enfants vivant au foyer \_\_\_\_\_  
**Si vous faites actuellement garder votre enfant :**  
 Crèche collective  Crèche parentale  Halte-garderie  Structure multi-accueils  Chez vous par un tiers  
 Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale  Assistante maternelle indépendante  Autre  
**Garde à temps complet, (jour ET nuit) :**  Assistant(e) familial(e)  Pouponnière  
**Profession :** (inscrivez le numéro correspondant à votre réponse)  
Mère  Père   
**Activité professionnelle :**  
Mère  Père   
1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire 5 Employé 6 Ouvrier  
2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 5 Chômeur 6 Etève, étudiant ou en formation 7 Autre inactif  
3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier

**Examen médical**  
**Effectué par :**  
 un omnipraticien  un pédiatre  
 un autre spécialiste  
**Réalisé dans :**  
 un cabinet médical privé  
 une consultation de P.M.I.  
 une consultation hospitalière  
 autre \_\_\_\_\_  
Conclusions, précisions et commentaires : \_\_\_\_\_  
L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non  oui   
Je demande une consultation médicale spécialisée non  oui   
Je souhaite être contacté par le médecin de PMI non  oui   
Je, soussigné(e) Dr : \_\_\_\_\_  
atteste avoir examiné l'enfant le \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an \_\_\_\_\_  
Médicin : cachet - téléphone \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

**PARTIE MÉDICALE**

Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

**Vaccinations**

DT Polio  Coq.  H. Infl.  Hep. Virale B  Pneumo-coque   
1<sup>re</sup> dose  2<sup>e</sup> dose  3<sup>e</sup> dose  Rappel   
ROR 1 dose  Non  2 doses  Oui   
BCG fait  Non  Oui   
Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse Non  Oui   
Autres vaccins, (précisez) : \_\_\_\_\_

**Antécédents**

- Prématurité <33 sem  Non  Oui   
- Otites à répétition  Non  Oui   
- Affections broncho-pulmonaires à répétition dont plus de 3 affections « siffilantes »  Non  Oui   
- Accident domestiques depuis le 9<sup>e</sup> mois  Non  Oui   
Si oui : \_\_\_\_\_  
intoxication  brûlures  Chute/traumatisme   
Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

**Autres informations**

Allaitement au sein  non  oui   
Si oui :  
durée de l'allaitement au sein en semaines \_\_\_\_\_  
dont allaitement exclusif \_\_\_\_\_  
Présence d'un risque de saturnisme non  oui

**Affections actuelles**

**Si oui :** Non  Oui   
**Alimentation**  
Anorexie et/ou troubles de l'alimentation  Non  Oui   
Allergie alimentaire  Non  Oui   
**Troubles du sommeil**  
**Système nerveux**  
Spina bifida  Non  Oui   
Infirmité motrice cérébrale  Non  Oui   
Autre \*  Non  Oui   
**Appareil cardio-vasculaire**  
Cardiopathie congénitale  Non  Oui   
Autre \*  Non  Oui   
**Appareil respiratoire**  
Asthme  Non  Oui   
Mucoviscidose  Non  Oui   
Autre  Non  Oui   
**Appareil digestif**  
Reflux gastro-œsophagien  Non  Oui   
Autre \*  Non  Oui   
**Maladie métabolique \***  Non  Oui   
**Maladie endocrinienne \***  Non  Oui

**Appareil génito-urinaire**  
Malformation urinaire  Non  Oui   
Malformation génitale  Non  Oui   
Autre \*  Non  Oui   
**Appareil ostéo-articulaire et musculaire**  
Luxation de la hanche  Non  Oui   
Autre \*  Non  Oui   
**Affections dermatologiques**  
Eczéma  Non  Oui   
Autre \*  Non  Oui   
**Maladies hématologiques**  
Maladie de l'hémoglobine  Non  Oui   
Autre \*  Non  Oui   
**Fente labio-palatine**  Non  Oui   
**Syndrome polymalformatif**  Non  Oui   
**Aberrations chromosomiques**  
Trisomie 21  Non  Oui   
Autre \*  Non  Oui   
**Autre pathologie décelée \***  Non  Oui   
\* Précisez : \_\_\_\_\_

**Développement psychomoteur**  
Comprend une consigne simple  Non  Oui   
Norme au moins une image  Non  Oui   
Superpose des objets  Non  Oui   
Associe deux mots  Non  Oui   
Motricité symétrique des 4 membres  Non  Oui   
Marche acquise  Non  Oui   
Si oui à quel âge ? \_\_\_\_\_ mois

**Mesures**

Poids \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_ cm  
IMC \_\_\_\_\_ Périmètre crânien \_\_\_\_\_ cm  
Examen de l'œil : Normal  non  oui   
Exploration de l'audition : Normale  non  oui   
Dents cariées / Nombre total de dents \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_