

# ÉVALUATION 24 MOIS D'ÂGE CORRIGÉ (EXAMEN RÉALISÉ A L'ÂGE RÉEL DE 24 A 28 MOIS)

Feuillet blanc à destination du réseau

Feuillet rose à conserver par le médecin qui a fait l'examen

Feuillet bleu reste dans le classeur de l'enfant

N<sup>o</sup> inclusion \_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de la visite \_\_\_\_\_  
Examineur \_\_\_\_\_

En cas de changement d'adresse ou de n<sup>o</sup> de  
téléphone, noter ici les nouvelles coordonnées :

**N'oubliez pas de demander l'ASQ 2 ans aux parents, de vérifier qu'ils ont bien  
répondu à toutes les questions et si besoin les aider à le compléter.  
Les résultats sont à prendre en compte dans votre évaluation.**

## ENVIRONNEMENT ET ÉVÉNEMENT(S)

### ENVIRONNEMENT

Situation familiale ☐ en couple ☐ parent isolé  
Mode de garde ☐ parent(s) ☐ crèche ☐ assistante maternelle ☐ autre \_\_\_\_\_  
Expérience de socialisation ☐ oui ☐ non  
Activité professionnelle de la mère ☐ oui ☐ non  
Activité professionnelle du père ☐ oui ☐ non  
Tabagisme passif ☐ oui ☐ non

### Événement(s) depuis la dernière consultation ☐ oui ☐ non (si oui renseigner ci-dessous)

|                                                          |                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> événement familial              | préciser _____                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> convulsion ou crise épileptique | <input type="checkbox"/> en contexte fébrile <input type="checkbox"/> en dehors de contexte fébrile                        |
| <input type="checkbox"/> autre pathologie                | préciser _____                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> hospitalisation                 | préciser _____                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> consultation spécialisée        | préciser _____                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> prise en charge                 | <input type="checkbox"/> kinésithérapie <input type="checkbox"/> ergothérapie <input type="checkbox"/> suivi psychologique |
|                                                          | <input type="checkbox"/> psychomotricité <input type="checkbox"/> orthophonie <input type="checkbox"/> autre _____         |
| <input type="checkbox"/> appareillage                    | préciser _____                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> autre                           | préciser _____                                                                                                             |

## VIE QUOTIDIENNE

### Alimentation

Nombre de repas \_\_\_\_\_

Texture acceptée

☐ gros morceaux

☐ petits morceaux

☐ mixé fin

Boit au verre sans difficulté

☐ oui

☐ non

Utilise la cuillère

☐ oui

☐ non

Appétit

☐ normal

☐ médiocre

☐ sélectif

☐ important

Grignotage

☐ oui

☐ non

Sommeil

☐ bon

☐ perturbé

☐ insuffisant

☐ excessif

Endormissement

☐ sans problème

☐ difficile

☐ avec un parent

Rythmies

☐ oui

☐ non

Autres parasomnies

☐ oui

☐ non

Ronflement

☐ oui

☐ non

### Comportement

☐ calme

☐ adapté

☐ turbulent

☐ inhibé

☐ intolérant à la frustration

☐ coléreux

☐ distractible

Spasmes du sanglot

☐ oui

☐ non

Pleurs

☐ normaux

☐ excessifs

☐ difficilement consolables

### Traitement

☐ vitamine D

☐ autre \_\_\_\_\_

Vaccins à jour

☐ oui

☐ non

## EXAMEN SOMATIQUE

|                     |                                  |                                                                                               |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mensurations</b> | Poids _____ g                    | <b>Croissance pondérale normale</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
|                     | Taille _____ cm                  | <b>Croissance staturale normale</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
|                     | Périmètre crânien _____ cm       | <b>Croissance PC normale</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non        |
|                     | IMC (kg/m <sup>2</sup> ) : _____ | <b>IMC normal</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                   |

| Examen somatique          | <input type="checkbox"/> normal                           | <input type="checkbox"/> anormal ( <i>si anormal renseigner ci-dessous</i> ) |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Revêtement cutané         | <input type="checkbox"/> anormal                          | préciser _____                                                               |
| Appareil cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> anormal                          | préciser _____                                                               |
| Appareil respiratoire     | <input type="checkbox"/> anormal                          | préciser _____                                                               |
| Transit                   | <input type="checkbox"/> anormal                          | préciser _____                                                               |
| RGO                       | <input type="checkbox"/> oui                              |                                                                              |
| Palpation abdomen         | <input type="checkbox"/> anormale                         | préciser _____                                                               |
| Appareil génito-urinaire  | <input type="checkbox"/> anormal                          | préciser _____                                                               |
| Hanches                   | <input type="checkbox"/> anormales                        | préciser _____                                                               |
| ORL                       | <input type="checkbox"/> anormal                          | préciser _____                                                               |
| Etat dentaire             | <input type="checkbox"/> anormal                          | préciser _____                                                               |
| Bavage                    | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | préciser _____                                                               |
| Réflexe nauséeux          | <input type="checkbox"/> antérieur (anormal)              |                                                                              |
| Autre                     | <input type="checkbox"/> oui                              | préciser _____                                                               |

# EXAMEN NEUROSENSORIEL

## Forme du crâne

Sutures ☐ bord à bord ☐ disjointes ☐ chevauchantes  
Forme du crâne ☐ plagiocéphalie positionnelle ☐ autre \_\_\_\_\_

## Trouble(s) auditif(s) ☐ oui ☐ non (si oui renseigner ci-dessous)

Réagit à la voix chuchotée (répétition de mots, désignation d'objets) ☐ oui ☐ non  
Appareillage ☐ oui préciser \_\_\_\_\_

## Trouble(s) visuel(s) ☐ oui ☐ non (si oui renseigner ci-dessous)

Vision ☐ verres correcteurs  
☐ défense à l'occlusion d'un œil ☐ droit ☐ gauche  
☐ strabisme ☐ droit ☐ gauche  
Poursuite oculaire ☐ facile à obtenir sur 180° ☐ difficile à obtenir ☐ absente  
Anomalie(s) oculaire(s) ☐ oui préciser \_\_\_\_\_

Age d'acquisition de la marche autonome (âge réel en mois) : \_\_\_\_\_

## Trouble(s) de la motricité globale ☐ oui ☐ non (si oui renseigner ci-dessous)

Attitude spontanée ☐ hypertonie ☐ hypotonie ☐ asymétrique

Activité motrice spontanée ☐ pauvre, stéréotypée ☐ asymétrique  
☐ marche autonome non acquise  
☐ marche tenue non acquise  
☐ station debout seul(e) non acquise  
☐ station debout avec appui non acquise  
☐ pas de déplacement  
☐ pas de quadrupédie  
☐ pas de station assise

### Trouble(s) moteur(s)

☐ Diplégie spastique  
☐ Diplégie dystonique  
☐ Quadriplégie spastique  
☐ Quadriplégie dystonique  
☐ Hémiplégie ☐ droite ☐ gauche  
☐ Monoplégie préciser \_\_\_\_\_  
☐ Marche sur les pointes ☐ droite ☐ gauche ☐ bilatérale

### Paralysie cérébrale

☐ oui ☐ non  
Si oui ☐ spastique ☐ dyskinétique ☐ ataxique

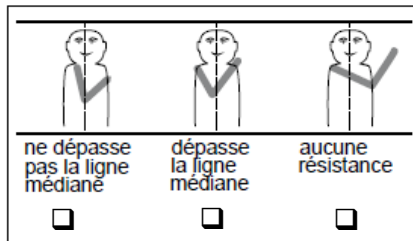
Mouvements anormaux ☐ oui préciser \_\_\_\_\_

## Motricité fine, préhension et coordination

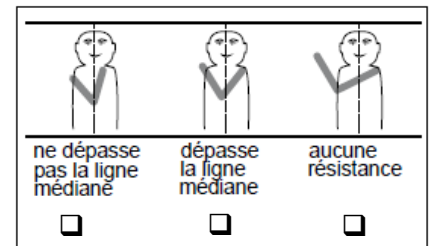
- ☐ enfiler une perle
- ☐ attrape un gobelet, une cuillère (direction et appréciation de la distance justes)
- ☐ imite un trait
- ☐ barbouille la feuille en la maintenant avec la main
- ☐ reproduit une tour de 5 cubes
- ☐ encastrement place le rond
- ☐ encastrement place le carré
- ☐ encastrement place le triangle
- ☐ encastre directement
- ☐ regarde ce qu'il fait
- ☐ procède par essais-erreurs

## Tonus musculaire passif des membres supérieurs

Foulard à droite



Foulard à gauche

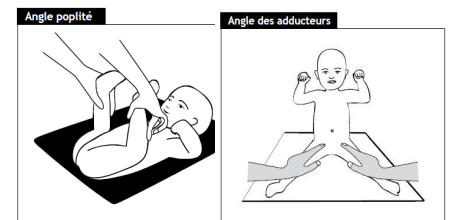


## Tonus musculaire passif des membres inférieurs

Angle poplité à droite ☐  $\geq 110^\circ$  ☐ 90-100° ☐  $\leq 80^\circ$  ☐ aucune résistance

Angle poplité à gauche ☐  $\geq 110^\circ$  ☐ 90-100° ☐  $\leq 80^\circ$  ☐ aucune résistance

Angle des adducteurs ☐  $\geq 110^\circ$  ☐ 80-100° ☐  $\leq 70^\circ$  ☐ aucune résistance



## Dorsiflexion du pied (étirement du triceps sural)

Étirement lent à droite ☐  $\leq 80^\circ$  ☐ 90-100° ☐  $\geq 110^\circ$

Étirement lent à gauche ☐  $\leq 80^\circ$  ☐ 90-100° ☐  $\geq 110^\circ$

Mobilisation rapide à droite ☐ normale ☐ stretch phasique (court arrêt) ☐ stretch tonique (arrêt de la manœuvre rapide)

Mobilisation rapide à gauche ☐ normale ☐ stretch phasique (court arrêt) ☐ stretch tonique (arrêt de la manœuvre rapide)

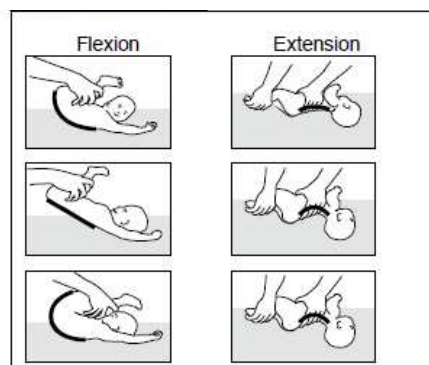
## Réactions posturales

S'équilibre après une manœuvre de poussée latérale à droite ☐ oui ☐ non

S'équilibre après une manœuvre de poussée latérale à gauche ☐ oui ☐ non

Manœuvre du plongeon (parachute) : étend ses 2 bras vers l'avant ☐ oui ☐ non

## Incurvations du tronc



- ☐ flexion  $\geq$  à l'extension
- ☐ flexion < extension
- ☐ flexion et extension excessives

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

| Réflexes normaux          | <input type="checkbox"/> oui                | <input type="checkbox"/> non     | (si non renseigner ci-dessous)                |  |
|---------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|--|
| Rotulien droit            | <input type="checkbox"/> normal             | <input type="checkbox"/> diffusé | <input type="checkbox"/> absent               |  |
| Rotulien gauche           | <input type="checkbox"/> normal             | <input type="checkbox"/> diffusé | <input type="checkbox"/> absent               |  |
| Bicipital droit           | <input type="checkbox"/> normal             | <input type="checkbox"/> diffusé | <input type="checkbox"/> absent               |  |
| Bicipital gauche          | <input type="checkbox"/> normal             | <input type="checkbox"/> diffusé | <input type="checkbox"/> absent               |  |
| Cutané plantaire à droite | <input type="checkbox"/> réponse en flexion |                                  | <input type="checkbox"/> réponse en extension |  |
| Cutané plantaire à gauche | <input type="checkbox"/> réponse en flexion |                                  | <input type="checkbox"/> réponse en extension |  |

**Comportement lors de l'examen**   ☐ participe volontiers   ☐ participe peu   ☐ ne participe pas   ☐ s'oppose

## DEVELOPPEMENT RELATIONNEL ET COMMUNICATION

| Trouble(s) du comportement relationnel | <input type="checkbox"/> oui                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> non | (si oui renseigner ci-dessous) |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Expression du visage                   | <input type="checkbox"/> peu de mobilité faciale spontanée                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                |
| Contact visuel                         | <input type="checkbox"/> contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché<br><input type="checkbox"/> évitement actif du contact visuel                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                |
| Sociabilité                            | <input type="checkbox"/> pas d'attention conjointe<br><input type="checkbox"/> pas de distinction de l'étranger<br><input type="checkbox"/> peur du contact avec les objets<br><input type="checkbox"/> ne pointe pas avec le doigt<br><input type="checkbox"/> n'utilise pas d'objet transitionnel<br><input type="checkbox"/> n'apprécie pas la compagnie des autres enfants<br><input type="checkbox"/> ne répond pas à l'appel de son prénom |                              |                                |
| Autonomie et jeux                      | <input type="checkbox"/> ne joue pas à faire semblant<br><input type="checkbox"/> n'imité pas ses parents<br><input type="checkbox"/> ne se prête pas activement au déshabillage<br><input type="checkbox"/> pas de propreté diurne                                                                                                                                                                                                              |                              |                                |

| Trouble(s) de la communication                                                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | (si oui renseigner ci-dessous) |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> < 50 mots                                                   |                              |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> vocabulaire pauvre (adjectifs, verbes, mots outils...)      |                              |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> n'associe pas les mots                                      |                              |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> n'utilise pas l'intonation dans un but de communication     |                              |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> ne secoue pas la tête pour dire non                         |                              |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> pas de jeu d'échange                                        |                              |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> ne comprend pas les interdictions et n'arrête pas sur ordre |                              |                              |                                |
| <input type="checkbox"/> ne connaît pas les parties de son corps                     |                              |                              |                                |

|                            |                                 |                                  |                                  |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Examen neurologique</b> | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> douteux | <input type="checkbox"/> anormal |
| <b>Examen psychomoteur</b> | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> douteux | <input type="checkbox"/> anormal |

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

## BILAN DE LA CONSULTATION

| Préconisation(s)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> oui                                  | <input type="checkbox"/> non (si oui, précisez ci-dessous) |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Consultation de recours                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> oui                                  | <input type="checkbox"/> non préciser _____                |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| Examen complémentaire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> oui                                  | <input type="checkbox"/> non préciser _____                |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <b>Autre(s) suivi(s) spécialisé(s)</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>si oui, <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> chirurgie viscérale</td> <td><input type="checkbox"/> ORL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> gastroentérologie</td> <td><input type="checkbox"/> ophtalmologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> néphrologie</td> <td><input type="checkbox"/> médecine physique et de réadaptation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cardiologie</td> <td><input type="checkbox"/> neurologie pédiatrique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> endocrinologie</td> <td><input type="checkbox"/> neurochirurgie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> génétique</td> <td><input type="checkbox"/> autre _____</td> </tr> </table> |                                                               |                                                            | <input type="checkbox"/> chirurgie viscérale         | <input type="checkbox"/> ORL         | <input type="checkbox"/> gastroentérologie      | <input type="checkbox"/> ophtalmologie | <input type="checkbox"/> néphrologie  | <input type="checkbox"/> médecine physique et de réadaptation | <input type="checkbox"/> cardiologie     | <input type="checkbox"/> neurologie pédiatrique | <input type="checkbox"/> endocrinologie | <input type="checkbox"/> neurochirurgie | <input type="checkbox"/> génétique | <input type="checkbox"/> autre _____ |
| <input type="checkbox"/> chirurgie viscérale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ORL                                  |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> gastroentérologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ophtalmologie                        |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> néphrologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> médecine physique et de réadaptation |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> cardiologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> neurologie pédiatrique               |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> endocrinologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> neurochirurgie                       |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> génétique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> autre _____                          |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <b>Prise(s) en charge</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>si oui, <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> kinésithérapie respiratoire</td> <td><input type="checkbox"/> psychologie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> kinésithérapie motrice</td> <td><input type="checkbox"/> guidance</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ergothérapie</td> <td><input type="checkbox"/> orthophonie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> psychomotricité</td> <td><input type="checkbox"/> autre _____</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               |                                                            | <input type="checkbox"/> kinésithérapie respiratoire | <input type="checkbox"/> psychologie | <input type="checkbox"/> kinésithérapie motrice | <input type="checkbox"/> guidance      | <input type="checkbox"/> ergothérapie | <input type="checkbox"/> orthophonie                          | <input type="checkbox"/> psychomotricité | <input type="checkbox"/> autre _____            |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> kinésithérapie respiratoire                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> psychologie                          |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> kinésithérapie motrice                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> guidance                             |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> ergothérapie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> orthophonie                          |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> psychomotricité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> autre _____                          |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <b>Orientation</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non<br>si oui, <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> CAMSP</td> <td><input type="checkbox"/> CMP</td> <td><input type="checkbox"/> SESSAD</td> <td><input type="checkbox"/> autre _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">préciser lequel _____</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                               |                                                            | <input type="checkbox"/> CAMSP                       | <input type="checkbox"/> CMP         | <input type="checkbox"/> SESSAD                 | <input type="checkbox"/> autre _____   | préciser lequel _____                 |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <input type="checkbox"/> CAMSP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> CMP                                  | <input type="checkbox"/> SESSAD                            | <input type="checkbox"/> autre _____                 |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| préciser lequel _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |
| <b>Aide(s) proposée(s)</b><br><input type="checkbox"/> Demande d'exonération du ticket modérateur<br><input type="checkbox"/> Constitution d'un dossier MDPH Pour quelle demande ? : _____<br><input type="checkbox"/> Allocation journalière de présence parentale<br><input type="checkbox"/> Autre aide _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                               |                                                            |                                                      |                                      |                                                 |                                        |                                       |                                                               |                                          |                                                 |                                         |                                         |                                    |                                      |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| <b>Commentaires</b><br>_____<br>_____<br>_____ |
|------------------------------------------------|

MERCI DE RENSEIGNER LE CERTIFICAT DE SANTE ET DE L'ADRESSER A LA PMI