

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire)

PHOTO

Nom de l'élève :

Prénom : Née/...../.....

☞ Nom et n° de téléphone des personnes à prévenir

☞ Vision: Lunettes : Oui ☐ Non ☐ Lentilles : Oui ☐ Non ☐ ☞ Audition : Bonne ☐ Mauvaise ☐

☞ Quelles maladies votre enfant a-t-il eues ?

☞ Votre enfant est a-t-il subi des interventions chirurgicales ? oui ☐ non ☐
si oui lesquelles.....

☞ Votre enfant est-il diabétique ? oui ☐ non ☐

☞ Votre enfant est-il épileptique ? oui ☐ non ☐

☞ Votre enfant est-il asthmatique ? oui ☐ non ☐

☞ Votre enfant est-il drépanocytaire ? oui ☐ non ☐

☞ Votre enfant suit-il un traitement ? oui ☐ non ☐

Si oui, lequel ?.....

☞ Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? oui ☐ non ☐

Si oui, lequel ? Pourquoi ?.....

Prescrit par un médecin ?.....

ALLERGIES

Votre enfant est-il allergique ? oui ☐ non ☐

Si oui : à des médicaments ? ☐ à des produits alimentaires ? ☐ à un autre produit ? ☐

Citez lesquels.....

BESOINS EDUCATIFS PARTICULIERS

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAP, PPS, PAI, PRE, PPRE l'an dernier ?

Oui ☐ non ☐ Si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il un suivi extérieur (MDA, CMPA, Psychologue, Orthophoniste, Psychomotricien.....)

oui ☐ non ☐ Si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il une notification MDPH ? oui ☐ non ☐

Votre enfant a-t-il bénéficié d'une AESH (Accompagnant des Elèves en Situation d'Handicap) ?

oui ☐ non ☐

Votre enfant est-il en Famille d'Accueil (ASE) ? oui ☐ non ☐

Je certifie exacte les informations portées ci-dessus.

A.....le..... Signature des parents ou représentant légal

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire)

Fiche à compléter si votre enfant est :

☞ **Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.**

☞ **Susceptible de prendre un traitement d'urgence**

☞ **Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.**

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Nom du médecin traitant. **Tel**

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le Médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**, conformément à la circulaire du 10 février 2021 (BO du 4 mars 2021) concernant l'école inclusive.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance
Le Représentant Légal,

Date

Signature