

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)

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-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

PHOTO

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

Date

Le Représentant Légal,

Signature