

## 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'ELEVE : ..... PRENOM : ..... Classe:.....

➤ Vision(1) : Lunettes : oui – non(1) lentilles : oui – non(1)

➤ Audition(1) : Bonne - Mauvaise (1)

➤ Quelles maladies votre enfant a-t-il eues ? .....

➤ Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? oui – non(1)

Si oui lesquelles .....

➤ Votre enfant est-il diabétique ? oui – non(1)

➤ Votre enfant est-il épileptique ? oui – non(1)

➤ Votre enfant est-il asthmatique ? oui – non(1)

➤ Votre enfant est-il drépanocytaire ? oui – non(1)

➤ Votre enfant suit-il un traitement ? oui – non(1)

Si oui lequel ? .....

➤ Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? oui – non(1)

Si oui lequel ? .....

Pourquoi ? .....

Prescrit par un médecin ? oui – non(1)

### ALLERGIES

➤ Votre enfant est-il allergique ? oui – non(1)

Si oui : à des médicaments ?

à des produits alimentaires ?

à un autre produit ?

Citez lesquels .....

(1) rayer la mention inutile

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus

A ..... le :

Signature des parents ou représentant légal :

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**

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 : .....

.....

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 n°2003-135 du 08 Septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

**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