

**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 : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

<u>VISION</u>	Lunettes :	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	obs :
	Lentilles :	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	

<u>AUDITION</u>	<input type="checkbox"/>	BONNE	<input type="checkbox"/>	MAUVAISE	obs :
-----------------	--------------------------	-------	--------------------------	----------	-------

Votre enfant est-il diabétique ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
----------------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Votre enfant est-il épileptique ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
-----------------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Votre enfant est-il asthmatique ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
-----------------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Votre enfant est-il drépanocytaire ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
--------------------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
si oui, précisez :	_____			

Votre enfant suit-il un traitement ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
si oui, précisez :	_____			

Votre enfant est-il allergique ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
si oui, précisez :	_____			

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?	<input type="checkbox"/>	OUI	<input type="checkbox"/>	NON
si oui, précisez :	_____			

**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 :

Medecin 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.

Vu et pris connaissance, le , \_\_\_\_\_  
Le représentant légal,

signature :