

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Année Scolaire 2024-2025

(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 : .....

Date de naissance ..... CLASSE .....

☞ Nom et n° de téléphone des personnes à prévenir .....

☞ Nom et n° de téléphone du médecin traitant .....

☞ 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 Élèves en Situation d'Handicap) ?

oui  non

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

Votre enfant est-il en Famille hôte ? oui  non

Je certifie exacte les informations portées ci-dessus.

A , le

Signature des parents ou représentant légal :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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. (Produire les notifications MDPH correspondantes)

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 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