

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 hébergeante ? 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
aménagement 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