Collège René Cassin
32 rue Louis Chevais
Ouzouer Le Marché
41240 BEAUCE LA ROMAINE
Tél:02 54 82 41 14

Année Scolaire 2018/2019

# FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A remettre à l'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière scolaire

Nom : …… Prénom : ……

Classe : …… Date de naissance : ……

Coordonnées du ou des responsables légaux :

Père : …….. Mère : ……..……..

Domicile : ……. Domicile : ……..……..

Portable : …….. Portable : ……...

Travail : ……. Travail : ……...

Coordonnées de personne(s) à joindre autorisée(s) à venir chercher l'élève :
(**les parents seront toujours contactés en premier)**

……..

Nom et coordonnées du médecin traitant de l'élève :
……

**Vaccinations :**

Dernier rappel du vaccin antitétanique (rappel tous les 5 ans) : ……..

1ère injection ROR : …….. 2ème injection ROR : ……

Port de lunettes en classe : oui non
Port d'un appareil dentaire : oui non
Port de prothèses auditives : oui non

**Allergies :**

- Médicamenteuses : oui non
  si oui, lesquelles ?…….

- Asthme : oui non
  si oui, a-t'il un traitement à prendre au collège ? Lequel : ……..
  (f**ournir l'ordonnance pour l'année scolaire et le médicament à prendre en cas de crise ; si inhalateur type ventoline, l'élève doit en avoir un dans son sac d'école et/ou dans son sac d'EPS…)**

Tournez SVP ->

- Alimentaires : oui non
  si oui, a-t'il un traitement à prendre en cas d'urgence ?Lequel :…….

**La mise en place d'un PAI sera nécessaire (le formulaire est à demander à l'infirmière et à remplir par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste qui suit l'enfant ; l'ordonnance avec les médicaments est également à fournir ; prévoir une trousse d'urgence pour l'infirmerie, pour la cantine et une dans le sac de l'élève en cas de sortie scolaire ou de voyage scolaire)**

- Autres : …….

**<u>Pathologies chroniques :</u>**

- Maladies nécessitant la prise d'un médicament sur le temps scolaire :

  Maladie dont souffre votre enfant : ……...
  Traitement : …… **(joindre l'ordonnance , la mise en place d'un PAI peut être nécessaire, vous renseigner auprès de l'infirmière scolaire)**

- Handicap ou maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire :
  **(le signaler au chef d'établissement, à l'infirmière scolaire et à l'assistante sociale scolaire)**

  Votre enfant a t-il une reconnaissance MDPH ? oui non
  **(si oui, fournir les documents à l'établissement)**

**<u>Troubles dys :</u>**

- Votre enfant a t-il bénéficié d'un PPRE l'année dernière oui non
  si oui, pour quel(s) trouble(s) :……..
- Votre enfant a t-il bénéficié d'un PAP Dys l'année dernière oui non
  si oui, pour quel(s) trouble(s) :……..
- Bilan orthophonique : oui non
  **(Fournir le plus récent)**
- Autres bilans (psychométrique, ergothérapeute, psychomotricien, graphothérapeute…..)
  Le(s)quel(s) :…… **(fournir le(s) bilan(s))**

**<u>Autres suivis :</u>**

- Suivi psychologique : oui non
  si oui, fréquence :……..
  précisez si suivi (libéral, CMP, CMPP, Artémis...) :…….
  **(merci d'indiquer les coordonnées du thérapeute ou de la structure) :**
  ……

**<u>Autres informations que vous souhaitez communiquer :</u>**

……..

……...

Date : ……. Signature du représentant légal……..