



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 :

(fournir 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 :

Pathologies chroniques :

- 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)

Troubles dys :

- 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))**

Autres suivis :

- 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) :
.....

Autres informations que vous souhaitez communiquer :

.....
.....

Date :

Signature du représentant légal.....