

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

A remplir par les représentants légaux de l'enfant dans le cadre de l'aptitude à suivre une formation générale.

Nom et prénom(s) de l'élève : _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____ A-t-il un projet personnalisé de scolarisation : oui non

Adresse : _____

Téléphone des représentants légaux :

Classe et section : _____

Coordonnées du médecin traitant : _____

Maladie : (cocher si **oui ou non** et précisez **le traitement**)

↗ Sensorielles : problèmes de vue Oui Non lunettes Oui Non

problèmes d'audition Oui Non appareillé Oui Non

↗ Asthme Oui Non , traitement : _____

↗ Drépanocytose Oui Non , traitement : _____

↗ Épilepsie Oui Non , traitement : _____

↗ Diabète Oui Non , traitement : _____

↗ Toute autre maladie (cardiaque, respiratoire, cutanée, articulaire,...) Oui Non traitement : _____

↗ Allergies (précisez si alimentaire, médicament, cutanée,...) Oui Non traitement : _____

↗ Régime alimentaire Oui Non

↗ opérations chirurgicales /hospitalisations Oui Non

↗ Autre suivi (psychologue, kiné, éducateur,...) Oui Non

↗ Restrictions pour la pratique sportive/EPS Oui Non

•Une inaptitude à la pratique de l'EPS doit être obligatoirement justifiée par un certificat médical

•Joindre la copie des vaccinations à jour et tout autre document médical que vous jugez utile.

A _____, Le ____ / ____ / _____

Signature de l'élève :

Signature des parents :

A remettre sous pli cacheté pour le service de santé de l'établissement scolaire.

Le PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) * concerne les élèves :

- Atteints d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.
- Susceptibles de prendre un traitement d'urgence (réactions allergies graves, crise d'asthme, crise d'épilepsie, ...).
- Atteints d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

Il permettra donc d'aménager la scolarité et/ou de distribuer les traitements en cas de nécessité, et ce, selon le protocole établi par le médecin et en accord avec la famille.

Si vous souhaitez la mise en place du Projet d'Accueil Individualisé, remplissez le tableau ci après et VEUILLEZ VOUS RAPPROCHER DE L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE.

Pathologie dont souffre votre enfant : _____
Traitement : _____
Médecin prescripteur : _____
Observations particulières : _____

**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.*

A _____, Le ____ / ____ / _____

Signature de l'élève

Signature des parents

A remettre sous pli cacheté pour le service de santé de l'établissement scolaire.