



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à rendre sous enveloppe cachetée portant la mention « fiche médicale » avec nom, prénom et classe de l'élève)

Fiche à compléter si votre enfant :

- est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter **une prise de médicament durant le temps scolaire (joindre une ordonnance, la prise du traitement se fait à l'infirmier)**
- est susceptible de prendre **un traitement d'urgence**
- est atteint d'un handicap (moteur, visuel, auditif...) ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.
- présente des difficultés **particulières nécessitant des aménagements de la scolarité** (exemple : dyslexie)

NOM : PRENOM :

Adresse :

TEL : TEL. MOBILE :

TROUBLES MEDICAUX	TROUBLES DES APPRENTISSAGES
Nature : (asthme, allergie, épilepsie... etc)	Bénéficiait-il de ? : - P.P.S. (Dossier PDPH) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - P.A.P. (Aménagements pédagogiques) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Souhaitez-vous la mise en place d'un protocole de soins dans le cadre scolaire c'est-à-dire Protocole d'Accueil Individualisé ? (protocole d'urgence ou prise de médicaments) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Lesquels : - Aménagements aux examens Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dans le cas d'une simple prise de Ventoline , formulaire à l'infirmier à remplir par le médecin et joindre une ordonnance. Port de lunettes ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Suivi orthophonique : Suivi médico-psychologique :

Pour la mise en place de mesures particulières et pour établir un **projet d'accueil individualisé** –conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période - prenez contact dès la rentrée avec le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire.

Ligne directe infirmerie : 02 62 57 90 37 **Portable** : 06 92 03 66 02

A, le ___ / ___ / ____

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal,

SIGNATURE :