

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

A remettre lors des inscriptions sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire ou au chef d'établissement

**JOINDRE SI NECESSAIRE LES NOTIFICATIONS MDPH (sous enveloppe)**

NOM DE L'ELEVE : ..... PRENOM : ..... Classe:

➤ Vision(1) : Lunettes : oui  non  lentilles : oui  non

➤ Audition(1) : Bonne  Mauvaise

➤ Quelles maladies votre a-t-il eues ?.....  
.....

➤ Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? oui – non(1)

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 est-il hémophile ? oui  non

➤ Votre enfant a-t-il un problème cardiaque ? 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 ? oui  non

**ALLERGIES**

➤ Votre enfant est-il allergique ? oui  non

Si oui : à des médicaments ?

à des produits alimentaires ?

à un autre produit ?

Citez lesquels .....

(1) rayer la mention inutile  
A Matoury le :

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus  
Signature des parents ou représentant légal

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**

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 aménagements particuliers dans le cadre scolaire.**

<p>Maladie dont souffre votre enfant :..... ..... .....</p> <p>Traitement:..... ..... .....</p> <p>Médecin prescripteur :.....</p> <p>Observations particulières :..... ..... .....</p>
---

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 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.

**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 :