

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

ELEVE : NOM..... PRENOM.....Né(e) le .....

ADRESSE.....

.....

TEL ELEVE .....

TEL REPRESENTANTS LEGAUX .....///.....



**Fiche à compléter soigneusement, chaque année, à signer obligatoirement, à mettre sous enveloppe fermée, même s'il n'y a rien de particulier à signaler et**

**A REMETTRE EXCLUSIVEMENT A L'INFIRMIERE :**

**soit le jour des inscriptions pour les élèves porteurs de maladie ou handicap  
soit à l'infirmerie dans les 15 jours suivant la rentrée.**

**Ce document est confidentiel et reste à l'infirmerie de l'établissement.**

**Important : merci de bien prévenir l'infirmière scolaire de tout problème de santé :**

- Atteinte d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.
  - Votre enfant est susceptible de prendre un traitement d'urgence.
  - Il est atteint d'un handicap (moteur, visuel, auditif...) ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.
  - Il présente des difficultés particulières nécessitant des mesures d'adaptation.
  - Il a un traitement temporaire
- etc...

Maladie(s) dont souffre votre enfant :

Traitement(s) :

Antécédent(s) :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

Pour la mise en place de mesures particulières et pour établir un **projet d'accueil individualisé (PAI)**, 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, **PRENDRE CONTACT EXCLUSIVEMENT AVEC L'INFIRMIERE LORS DE LA JOURNEE D'INSCRIPTION (OU PAR TELEPHONE)**.

- **Les TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SONT A REMETTRE A L'INFIRMIERE** soit par les parents, soit par l'élève.

- Pour les élèves qui demandent des mesures particulières à l'examen et un PAP (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dispense ou aménagement EPS...), en informer le professeur principal afin de constituer le dossier **DES LA RENTREE**, et ce pour tous les niveaux.

**Vu et pris connaissance :**  
**(Nom représentant(e) légal(e))**

**Date :**

**Signature :**