|  |
| --- |
| FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS  En complément de la fiche d’urgence |

(A déposer SOUS PLI à l’attention de l’infirmerie).

**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.

**NOM :**  **PRENOM :** **Classe :**

**Maladie(s) dont souffre votre enfant :**

**Médecin prescripteur :**

**Traitement :**

**Observations particulières :**

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contacté par le médecin ou l’infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un **P**rojet d’**A**ccueil **I**ndividualisé, 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.

**Vos coordonnées :**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM :  🕿domicile :  🕿travail :  **🖁**portable : | NOM :  🕿domicile :  🕿travail :  **🖁**portable : |

Vu et pris connaissance, Date :

**Cette fiche n’est pas obligatoire ; il en va de votre intérêt et de celui de votre enfant qu’elle soit parfaitement renseignée.**