

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX **CONFIDENTIELS**

En complément de la fiche d'urgence

(à remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire).

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.

Au niveau des cours et des examens, votre enfant bénéficiait-il l'année dernière d'un aménagement ou d'un dispositif particulier ?

NON OUI

Si oui lequel : PAI PAP MDPH

Autre

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 **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.

Vos coordonnées :

NOM :	NOM :
<input type="checkbox"/> domicile : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> domicile : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> travail : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> travail : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> portable : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> portable : <input type="text"/>

Vu et pris connaissance,

Date :