

FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Année Scolaire 2026 – 2027

Adressée à l'infirmière scolaire ou à la Vie Scolaire sous enveloppe

IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : Prénoms : Classe :

Nationalité : Sexe : ☐ FEMININ ☐ MASCULIN

Date de naissance :/...../20.... Lieu de naissance :

Adresse :

Code postale : Commune :

Fixe : Portable :

Classe et établissement fréquentés en 2025 – 2026 :

Classe et établissement fréquentés en 2024– 2025:

MALADIE(S) PRESENTEE(S) PAR VOTRE ENFANT

❖ Votre enfant souffre-t-il (elle) d'une maladie neurologique (migraine, épilepsie...)?

☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez : Traitement :

❖ Souffre-t-il (elle) d'une maladie respiratoire ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez : Traitement :

❖ A-t-il (elle) une maladie cardiaque ? ☐ Oui ☐ Non

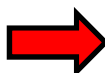
Si oui précisez : Traitement :

❖ Présente-t-il (elle) une allergie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez : Traitement :

❖ Est-il (elle) drépanocytaire : ☐ Oui ☐ Non❖ Est-il (elle) sujet aux hémorragies ? ☐ Oui ☐ Non❖ A-t-il (elle) un diabète : ☐ Oui ☐ Non❖ Traitement : ☐ Oui ☐ Non❖ A-t-il (elle) un handicap (mental ou physique) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez :

TOURNEZ SVP

❖ Souffre-t-il (elle) d'un trouble dys (dyslexie, dysorthographe etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui précisez :

❖ Est-il (elle) suivi(e) par un orthophoniste, ergothérapeute... ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez nous faire parvenir sous enveloppe son dernier bilan orthophonique/ergo...

Nom et Prénom de l'orthophoniste :

Numéro de téléphone :

Date du dernier vaccin :

Est-ce que votre enfant a un suivi au CMPP/SESSAD : ☐ Oui ☐ Non ☐ Lieu.....

Votre enfant a-t-il/elle un suivi à la MDPH ? : ☐ Oui ☐ Non ☐ En cours de mise en place

❖ Autre information que vous jugez importante à signaler.

.....

IDENTIFICATION DE VOS BESOINS

❖ Souhaitez-vous mettre en place un PAI (Projet d'accueil individualisé) pour la prise en charge de la maladie de votre enfant dans l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez-vous rapprocher de l'infirmière scolaire, Mme CONSTANT, pour en faire la demande.

❖ Souhaitez-vous mettre en place un PAP (Plan d'accueil individualisé) pour la prise en charge du trouble dys de votre enfant dans l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez-vous rapprocher de l'infirmière scolaire, Mme CONSTANT, pour en faire la demande accompagnée du dernier bilan orthophonique ou autre spécialiste.

RESPONSABLE LEGAL 1

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre :

NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Fixe : Portable : Travail :

Mail :@.....

MEDECIN TRAITANT

NOM : Téléphone :