

## **FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**

(À remettre 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 ou bénéficie d'un PAI (projet d'accueil individualisé).

\* 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 et/ou d'un PPS (projet personnalisé de scolarisation).

\* Présente des troubles des apprentissages nécessitant la mise en place d'un PAP (plan d'accompagnement personnalisé).

**NOM :**

**PRENOM :**

**ADRESSE :**

**TEL :**

**TEL MOBILE :**

Maladie et/ou troubles de votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

En fonction des renseignements que vous aurez indiqués, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, les modalités d'accueil de votre enfant.

Cette fiche n'est pas obligatoire, il en va cependant de votre intérêt et celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,

**Signature du ou des représentants légaux**

**Date**