



Fiche de renseignements médicaux, confidentielle

Mettre sous enveloppe (avec nom+prénom+classe de l'élève) ou remettre directement à l'infirmier.

A compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments 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

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

NOM :

PRENOM :

CLASSE :

Problèmes de santé de votre enfant	OUI	NON	Traitements médicaux (joindre 1 copie de l'ordonnance)
PULMONAIRE Asthme	☐	☐	
Autres lesquels	☐	☐	
CARDIAQUE Rhumatisme (RAA)..... Souffle au cœur.....	☐ ☐	☐ ☐	
Autres lesquels	☐	☐	
Epilepsie..... Spasmodie..... Diabète	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	
ALLERGIES : Lesquelles..... Si oui fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement	☐	☐	
Autres lesquels.....			
PROBLEMES VISUELS Myopie..... Astigmatisme..... Hypermétrope..... Diplopie.....	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	
Autres lesquels..... Port de lunettes et/ou lentilles (préciser)	☐ ☐	☐ ☐	
PROBLEMES AUDITIFS surdité..... otites.....	☐ ☐	☐ ☐	
Autres lesquels.....	☐	☐	
HANDICAP Lequel :.....	☐	☐	
SUIVI de votre enfant Psychologique..... Par un éducateur	☐ ☐	☐ ☐	
Orthophonique..... En famille d'accueil.....	☐ ☐	☐ ☐	

En fonction des renseignements portés sur cette fiche, vous pouvez être contact  par l'infirmier scolaire pour établir si vous le souhaitez 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.

Vu et pris connaissance, Signature des parents (obligatoire)

Date :

SUIVI INFIRMIER

	OBSERVATIONS	RDV médicaux	Traitements
JANV			
FEV			
MARS			
AVRIL			
MAI			
JUIN			
JUILLET			
AOUT			
SEPT			
OCT			
NOV			
DEC			