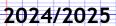


Fiche de renseignements médicaux





RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Joindre obligatoirement à cette fiche une photocopie des pages du carnet de vaccination.
Votre enfant est-il suivi par un spécialiste ? oui non
Si oui, lequel : (psychologue, orthophoniste, etc.)
Pour l'orthophonie, merci de joindre, si possible, un compte rendu du dernier bilan effectué.
ETAT DE SANTÉ (cochez la ou les cases correspondantes)
□ Asthme □ Drépanocytose □ Trouble du □ Diabète □ Epilepsie /convulsions comportement □ Hémophilie □ Saignements de nez □ Tétanie □ Problèmes de vue □ Scoliose □ Problèmes auditifs □ Allergies, lesquelles ? (aliments, poussière, etc.) :
Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez compléter le cadre ci-dessous, s'il 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
Maladie dont souffre votre enfant :
Traitement :
Observations particulières :
Merci de contacter la direction pour la mise en place d'un projet d'accueil personnalisé pour certains aménagements ou prise de médicaments sur le temps scolaire.
En cas d'urgence, l'infirmière scolaire peut être amenée à conduire votre enfant
dans le centre de santé le plus proche.
PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :
Nom et prénom : Lien de parenté :
Cel. :

Vu et pris connaissance le :

Signature du représentant légal :