



## 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)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme  | <input type="checkbox"/> Drépanocytose          | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement |
| <input type="checkbox"/> Diabète   | <input type="checkbox"/> Epilepsie /convulsions |  |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie  | <input type="checkbox"/> Saignements de nez     |  |
| <input type="checkbox"/> Tétanie   | <input type="checkbox"/> Problèmes de vue       |  |
| <input type="checkbox"/> Scoliose  | <input type="checkbox"/> Problèmes auditifs     |  |
| <input type="checkbox"/> 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 :**