



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 :