

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'enfant dans le cadre de l'aptitude à suivre une formation générale.

Nom et prénom de l'élève :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone des représentants légaux :

Classe et section :

Coordonnées du médecin traitant :

**A-t-il un projet personnalisé de scolarisation : oui  non**

**A-t-il des restrictions pour la pratique sportive ou pour l'EPS : oui  non**

**Précisez :**

**Maladie** : (entourer **oui** ou **non**)

<input type="checkbox"/> Allergie :	respiratoire	oui	non
	cutanée	oui	non
	alimentaire	oui	non

<input type="checkbox"/> Asthme	oui	non
---------------------------------	-----	-----

<input type="checkbox"/> Eczéma, urticaire	oui	non
--	-----	-----

<input type="checkbox"/> Epilepsie	oui	non	Traitement
------------------------------------	-----	-----	------------

<input type="checkbox"/> Diabète	oui	non
----------------------------------	-----	-----

<input type="checkbox"/> Problème de dos, Scoliose ou autre	oui	non
---	-----	-----

Si oui précisez

<input type="checkbox"/> Maladie ostéo-articulaire autre, épaules, genoux, chevilles...	oui	non
---	-----	-----

Si oui Précisez :

<input type="checkbox"/> Sensoriel :	problèmes de vue	oui	non	porte des lunettes :	oui	non
	problèmes d'audition	oui	non	appareillée :	oui	non

<input type="checkbox"/> Cardiaque	oui	non
------------------------------------	-----	-----

Toutes pathologies ou maladies, accidents qui vous semblent importantes à nous communiquer :



**Suivi actuel :**

A-t-il un suivi psychologique      oui      non  
Précisez

A-t-il un suivi médical      oui      non  
Précisez

A-t-il un traitement médical      oui      non  
Précisez

Autres suivis      oui      non  
Précisez

Hospitalisation      oui      non  
Précisez la raison :

**Nous vous demandons de confier à votre enfant la copie de ses vaccinations (qui doivent être à jour) se trouvant à la fin de son carnet de santé, ses lunettes s'il en porte et copie de tous documents utiles en votre possession (copie de compte-rendu récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)**

**INFORMATION IMPORTANTE :**

**Une inaptitude à la pratique de l'EPS doit être obligatoirement justifiée par un certificat médical.**

**Toute demande de PAI doit être adressée au Service INFIRMERIE du lycée.**

**Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.**

A

Le

Signature de l'élève

Signature des parents

A remettre sous pli cacheté pour le service de santé de l'établissement scolaire.