

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS 2017-2018

Possibilité de remettre ce document sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière de l'établissement

Nom de l'établissement : **LPO BERTENE JUMINER** – Année Scolaire : **2017 – 2018**

**Nom de l'élève** : ..... **Prénom** : .....

**Classe** : ..... **Date de naissance** .....

**L'élève a-t-il des enfants** : OUI - NON (Combien ? .....

**Vision** : Lunette : OUI - NON

**Lentilles** : OUI - NON

**Audition** Bonne - Mauvaise

**Quelles maladies votre enfant a-t-il eues ?** .....

**Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?** OUI - NON

Lesquelles : .....

**Votre enfant est-il diabétique ?** OUI - NON

**Votre enfant est-il épileptique ?** OUI - NON

**Votre enfant est-il asthmatique ?** OUI - NON

**Votre enfant est-il drépanocytaire ?** OUI - NON

**Votre enfant suit-il un traitement ?** OUI - NON

Lequel ? .....

**Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?** OUI - NON

Lequel ? .....

**Votre enfant a-t-il des allergies (médicaments, aliments, poussière, etc....) ?**

Lesquelles ?

**Je certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.**

**Fait le** .....,

**Signatures des parents ou du représentant légal**

## FICHE A COMPLETER SI VOTRE ENFANT EST :

- ➔ **Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament 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 :** .....

.....

**Médecin prescripteur :** .....

**Observation particulières :** .....

.....

.....

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), conformément à la circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003, relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Il en va de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance, le .....

Signatures des parents ou du responsable légal :