

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.