

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS
ANNEE 2020/2021

(à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière scolaire, Mme BOIVIN)

Fiche à compléter 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

| | | |
|---|----------|-------------------|
| NOM : | Prénom : | Classe : |
| NOM du représentant légal à contacter : | | |
| ADRESSE : | | |
| N° tél Mobile : | | N° tél Domicile : |
| Maladie(s) ou trouble(s) dont souffre votre enfant : | | |
| Traitement(s) ou prise(s) en charge : | | |
| Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (<i>Projet d'Accueil Individualisé</i>) : OUI - NON | | |
| Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAP (<i>Plan d'Accompagnement Personnalisé</i>) : OUI - NON | | |
| Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge MDPH : OUI - NON | | |
| Observations particulières : | | |

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n° 2003 -135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance, le :

Nom du représentant légal :

Signature