



FICHE MEDICALE

Année scolaire :

NOM : Prénom :

Classe: Date de naissance :

L'enfant vit avec : ses parents sa mère son père une structure d'accueil un tuteur

ADRESSE

CP.....

VILLE.....

N° DE SECURITE SOCIALE :

.....

N° de l'assurance scolaire et adresse :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Veuillez nous faciliter la tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone !

1) Domicile :

2) Travail du père : Portable :

3) Travail de la mère : Portable :

4) Autre personne à joindre :

.....

Il est impératif de communiquer tout changement de coordonnées au secrétariat.

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement prévenue par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

QUESTIONNAIRE

Date du dernier vaccin antitétanique :

(Joindre photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé)

Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 10 ans

Pour un suivi scolaire et/ou médical approprié de votre enfant, merci de remplir le questionnaire suivant qui permettra de renouveler ou d'établir :

- un projet d'accueil individualisé (PAI) pour des affections de longue durée nécessitant la prise d'un traitement d'urgence
- un projet personnalisé de scolarisation (PPS) avec prise en compte d'un handicap reconnu par la maison du Handicap (ex : dyspraxie...)
- un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) pour toutes les autres difficultés

	OUI	NON	TRAITEMENT OU SUIVI (merci de nous préciser si votre enfant était déjà titulaire d'un PAI ou PPS)
Asthme			
Epilepsie			
Diabète			
Allergie			
Eczéma			
Port de lentilles, lunettes			
Autres maladies à préciser :			
Votre enfant est titulaire d'un 1/3 temps ou autre aménagement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
	Oui	Non	Préciser :
Dyslexie (ou autre « dys » à préciser)			
Autre handicap			

L'infirmière se mettra en contact avec les familles pour les démarches concernant les PAI – les PPS et/ou les demandes de Tiers Temps.

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

TEL :

Avez-vous autre chose à signaler ?

.....

Date

Signature des parents