



FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

NOM de l'élève Prénom : Classe :

Date de naissance :/...../...20.....

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.
➤ Déjà bénéficiaire d'un [] PAI [] PPS [] PU
➤ Déjà bénéficiaire d'une notification MDPH au cours de sa scolarité antérieure.

Maladie dont souffre votre enfant :.....

Traitement :.....

Médecin prescripteur : DOCTEUR.....

Observations particulières :.....

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contacté par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé des élèves atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Les informations ci-dessus ont certifiées exactes

A Mana le :

Signature des parents ou représentants légaux :