



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Lycée polyvalent Edmond LAMA – Sergine PREVOT

BP 20422

97329 CAYENNE cedex

Tél. : 05 94 29 35 25 – Fax : 05 94 29 88 32

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS **2020-2021**

(à remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire)

NOM DE L'ELEVE : **PRENOM :** **Classe**

➤ **Vision (1) :** Lunettes : oui – non (1) Lentilles : oui – non (1)

➤ **Audition (1) :** Bonne – Mauvaise (1)

<u>Votre enfant est-il diabétique ?</u> oui – non (1)	<u>Votre enfant est-il épileptique ?</u> oui – non (1)
<u>Votre enfant est-il asthmatique ?</u> oui – non (1)	<u>Votre enfant est-il drépanocytaire ?</u> oui – non (1)
<u>Votre enfant suit-il un traitement ?</u> oui – non (1) Si oui lequel ?.....	<u>Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?</u> oui – non (1) Si oui lesquelles ?.....
<u>Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?</u> oui – non (1) Si oui lequel ?..... Veillez fournir un certificat médical si votre enfant prévoit de manger à la cantine.	<u>Votre enfant est-il allergique ?</u> oui – non (1) Si oui lesquels ?..... Veillez fournir un certificat médical si votre enfant prévoit de manger à la cantine.

(1) rayer la mention inutile

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.

Maladie dont souffre votre enfant :

.....

Traitement :

.....

Médecin prescripteur :

.....

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 (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.*

Vu et pris connaissance le,
Signature du représentant légal,

Date :/...../.....