



LYCEE POLYVALENT Edmard LAMA – Sergine PREVOT
Mission de promotion de la santé en faveur des élèves

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS 2016-2017
(à remettre à l'infirmière scolaire)

NOM : **Prénoms :**

- Vision : Lunettes : oui non Lentilles : oui non
- Audition : Bonne : oui Mauvaise

Votre enfant est-il diabétique ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Votre enfant est-il épileptique ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il asthmatique ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Votre enfant est-il drépanocytaire ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Votre enfant suit-il un traitement ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquelles :
Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Votre enfant est-il allergique ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, à quoi :

Fiche à compléter si votre enfant est :

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments 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 l'infirmière scolaire pour établir avec vous si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative en collectivité des enfants et des adolescents atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Vu et pris connaissance, le

Signature du représentant légal

