***Fiche de renseignements médicaux, confidentielle***

*Mettre sous enveloppe (avec nom+prénom+classe de l’élève) ou remettre directement à l’infirmier.*



**A 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

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

**NOM : PRENOM : CLASSE :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Problèmes de santé de votre enfant*** | ***OUI*** | ***NON*** | ***Traitements médicaux***  ***(joindre 1 copie de l’ordonnance)*** |
| **PULMONAIRE**  **Asthme …………………………………………………………………………...**  **Autres lesquels ….………………………………………………………………** | ****  **** | ****  **** |  |
| **CARDIAQUE**  **Rhumatisme (RAA)……………………………………………………………..**  **Souffle au cœur………………………….............................................................**  **Autres lesquels ………………………………………………………………….** | ****  ****  **** | ****  ****  **** |  |
| **Epilepsie…………………………………………………………………………**  **Spasmophilie……………………………............................................................**  **Diabète ………………………………………………………………………….**  **ALLERGIES :**  **Lesquelles……………………………………………………………………….**  **Si oui fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement**  **Autres lesquels………………………….……………………………………...** | ****  ****  ****  **** | ****  ****  ****  **** |  |
| **PROBLEMES VISUELS**  **Myopie…………………………………………………………………………..**  **Astigmate…………………………………………..……………………………**  **Hypermétrope………………………………………………………………….**  **Diplopie…………………………………………….…………………………...**  **Autres lesquels………………………………………………………………….**  **Port de lunettes et/ou lentilles (préciser)** | ****  ****  ****  ****  ****  **** | ****  ****  ****  ****  ****  **** |  |
| **PROBLEMES AUDITIFS**  **surdité…………………………………………………………………………..**  **otites…………………………………………………………………………….**  **Autres lesquels……………………………………………….............................** | ****  ****  **** | ****  ****  **** |  |
| **HANDICAP**  **Lequel :…………………………………..............................................................**  **…………………………………………………………………………………….** | **** | **** |  |
| **SUIVI de votre enfant**  **Psychologique……………………………..…………………………………….**  **Par un éducateur …………………………………...…………………………...**  **Orthophonique…………………………………………………………………..**  **En famille d’accueil……………………………………………………………...** | ****  ****  ****  **** | ****  ****  ****  **** |  |

En fonction des renseignements portés sur cette fiche, vous pouvez être contacté par l’infirmier scolaire pour établir si vous le souhaitez un **P**rojet d’**A**ccueil **I**ndividualisé, 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.

**Vu et pris connaissance, Signature des parents (obligatoire)**

Date :

**SUIVI INFIRMIER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OBSERVATIONS | RDV médicaux | Traitements |
| JANV |  |  |  |
| FEV |  |  |  |
| MARS |  |  |  |
| AVRIL |  |  |  |
| MAI |  |  |  |
| JUIN |  |  |  |
| JUILLET |  |  |  |
| AOUT |  |  |  |
| SEPT |  |  |  |
| OCT |  |  |  |
| NOV |  |  |  |
| DEC |  |  |  |