

**A compléter si votre enfant est :**

- o Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire
- o Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- o Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

**Rien à signaler** : barrez la feuille et **n'oubliez pas de signer**

<i>Problèmes de santé de votre enfant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Traitements médicaux (joindre 1 copie de l'ordonnance)</i>
			<i>Observations</i>
<b><u>ANTECEDENTS MEDICAUX et CHIRURGICAUX</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, à préciser..... ..... .....
<b><u>ALLERGIES</u></b> Si OUI, à préciser..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement ..... ..... .....
<b><u>PULMONAIRE</u></b> Asthme ..... Autres lesquels .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Traitement.....
<b><u>CARDIAQUE</u></b> Rhumatisme (RAA)..... Souffle au cœur..... Autres lesquels .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Traitement.....
Epilepsie..... Spasmophilie..... Diabète ..... Autres lesquels.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Traitement.....
<b><u>PROBLEMES VISUELS</u></b> Port de lunettes et/ou lentilles (préciser)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si OUI, à préciser..... .....
<b><u>PROBLEMES AUDITIFS</u></b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI, à préciser.....
<b><u>HANDICAP</u></b> Lequel :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b><u>SUIVI de votre enfant</u></b> Psychologique..... Par un éducateur ..... Orthophonique..... En famille d'accueil.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

En fonction des renseignements portés sur cette fiche, vous pouvez être contacté par l'infirmier scolaire pour établir si vous le souhaitez un **Projet d'Accueil Individualisé**, 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.

Date : Vu et pris connaissance, Signature des parents (obligatoire pour les mineurs)