**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**

(à remettre avec le dossier d'inscription sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin ou de l'infirmière)

**Cette fiche est 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.

**PAI**  🞏 OUI 🞏 NON **PAP** 🞏 OUI 🞏 NON

**PPS** 🞏 OUI 🞏 NON

NOM : ........................................................................ PRENOM : ......................................................

ADRESSE : ................................................................................................................................................

Téléphone : ................................................................ Courriel : ........................................................

|  |
| --- |
| Maladie ou handicap dont souffre votre enfant :  Traitement :  Vaccinations :  Date du dernier rappel antitétanique :  Date du dernier rappel hépatite B et ROR :  (cf. pages vaccinations du carnet de santé) |

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par l'infirmière pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

**Cette fiche n'est pas obligatoire, il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit bien renseignée.**

Vu et pris connaissance,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Le représentant légal** | **Date :** | **Signature :** |