

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à envoyer par mail à l'attention de l'infirmière du lycée à l'adresse : [maryveline.jalton@ac-guadeloupe.fr](mailto:maryveline.jalton@ac-guadeloupe.fr) Préciser en objet : FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE - SECONDE - NOM  
Prénom de l'élève)

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

Né (e) le : ...../...../.....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire ? OUI NON

Votre enfant est-il susceptible de prendre un traitement d'urgence ? OUI NON

Votre enfant est-il atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire? OUI NON

Maladie (s) 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 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.

Il en va de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance, le .....

Signature des responsables légaux