

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

IDENTITE DE L'ELEVE
Nom de famille* (1) : ..... Sexe* : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Prénom 1* (3) : ..... Prénom 2 : ..... Prénom 3 : ..... Né(e) le* : ___/___/___ Commune de naissance* (4) : .....
RESPONSABLES LEGAUX
<b>RESPONSABLE 1</b>
Nom de famille* : ..... Civilité* : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Nom d'usage : ..... Prénom* : ..... Adresse* : ..... Code postal* : ___ ___ ___ Commune* : ..... Pays* : ..... @ Courriel* : ..... ☎ Domicile : ..... ☎ Travail : ..... ☎ Mobile* : .....
<b>RESPONSABLE 2</b>
Nom de famille* : ..... Civilité* : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Nom d'usage : ..... Prénom* : ..... Adresse* : ..... Code postal* : ___ ___ ___ Commune* : ..... Pays* : ..... @ Courriel* : ..... ☎ Domicile : ..... ☎ Travail : ..... ☎ Mobile* : .....
<b>AUTRES PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE</b>
Lien avec l'élève* : ..... Civilité* : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Nom de famille* : ..... Prénom* : ..... ☎ Domicile : ..... ☎ Travail : ..... ☎ Mobile : .....
Lien avec l'élève* : ..... Civilité* : Mme <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Nom de famille* : ..... Prénom* : ..... ☎ Domicile : ..... ☎ Travail : ..... ☎ Mobile : .....

### Informations Complémentaires

- **EN CAS D'URGENCE**, le centre 15 (SAMU) sera appelé. Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le CHU. La famille est immédiatement avertie par nos soins.  
Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.
- Date du dernier rappel antitétanique : . . / . . / . . (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5ans)
- Nom et N° de téléphone du médecin traitant : .....

**QUESTIONS CONCERNANT LA SANTE DE L'ELEVE :**

- Votre enfant est-il atteint de 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 souffre-t-il d'une pathologie ou maladie pouvant nécessiter des adaptations particulières dans le cadre scolaire ?  OUI  NON
- Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAI en 2023-2024 ?  OUI  NON
- Souhaiteriez-vous que votre enfant bénéficie d'un PAI pour cette année scolaire ?  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
- Votre enfant a-t-il été accompagné par un (e) AESH en 2024 - 2025 ?  OUI  NON
- Votre enfant relève-t-il de la MDPH ?  OUI  NON

Maladie(s) dont souffre votre enfant :


.....  
.....  
.....

Traitement :

.....  
.....

Observations particulières (Troubles dys, dispenses longue durée, etc...) :

.....  
.....  
.....

 **En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contacté par l'infirmière scolaire pour établir avec vous si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).**

Vu et pris connaissance, le : .....

Signature des responsables légaux