

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Fiche à compléter même si votre enfant n'est pas atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement et DE JOINDRE UNE COPIE DES VACCINATIONS pour les nouveaux élèves et si des vaccins ont été faits dans l'année scolaire (avec le nom et prénom de l'élève dessus).

Votre enfant a-t-il :

- Une prise de médicament durant le temps scolaire
 Un traitement d'urgence
 Des aménagements particuliers dans le cadre scolaire :
 PAI (merci de fournir une ordonnance de moins de 3 mois pour la rentrée) **PAP** **Dossier MDPH**

si oui à une de ses questions, pourquoi ?

ANNÉE SCOLAIRE : 2020 – 2021

Coordonnées de l'élève

Nom : Prénom :

Né(e) le Classe :

Établissement précédent

Coordonnées des représentants légaux

Nom	Prénom	Lien de parenté	Téléphone fixe	Téléphone portable	Téléphone travail
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Dans le cadre du suivi des élèves, votre enfant pourra être vu par l'infirmière scolaire pour un dépistage systématique (faire le point sur le poids/taille, la vue, l'audition, les habitudes de vie) durant l'année scolaire.

Composition de la famille :

Avec qui l'enfant vit le plus souvent ?

- père / beau-père mère / belle-mère famille d'accueil Autre :

	Nom, Prénom	Date de naissance	Profession
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Frères/Sœurs	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

--	--	--	--

Nom du médecin traitant Ville

☎ Médecin traitant ou

Indications concernant l'état de santé de votre enfant :

Lunettes / lentilles

Daltonisme (joindre un certificat médical si besoin d'aménagement)

Lentille

Appareil auditif

Scoliose

Trouble Dys **Si OUI joindre le dernier bilan orthophonique, ergothérapeutique, psychomoteur, psychologique...**

Consultation spécialisée **Si OUI préciser (Psychologue, Orthophoniste...) et coordonnées**

☎ ou

Allergies :

Intolérance à certains médicaments :

Allergie alimentaire (dans ce cas joindre un bilan allergologue) :

Nécessité d'un PAI si l'élève sera demi pensionnaire ?

Autre :

Education Physique et Sportive (EPS) :

Votre enfant est-il apte à participer à l'EPS si NON certificat à demander à l'infirmière et à faire remplir par votre médecin traitant

Maladie(s) à signaler et traitement particulier :

Joindre l'ordonnance :

Asthme si OUI quel traitement :

Diabète si OUI quel traitement :

Épilepsie si OUI quel traitement :

Malaise si OUI quel traitement :

Dans ce cas, veuillez fournir à l'infirmière dès la rentrée :

- Un double de l'ordonnance précisant le traitement à prendre,
- Une autorisation parentale pour la prise du traitement (document à demander à l'infirmière et à faire remplir par le médecin traitant),
- Le double du traitement non périmé afin qu'il puisse être disponible à l'infirmerie du collège.

Très important :

Dans le cas de troubles de la santé, évoluant sur une longue période (diabète, épilepsie, grave allergie...) la famille est invitée à prendre contact avec l'infirmerie du collège afin de prendre en compte la situation médicale de l'enfant (traitement ou soins particuliers, besoins spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence...) en collaboration avec le médecin scolaire, dans le respect de la confidentialité et d'établir ensemble un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).

Suivi Médical	Oui /Non	Nom du spécialiste	Dernière visite	Prochaine visite
Ophthalmologue	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
ORL	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Dentiste	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Spécialiste	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>

Rééducation en cours :	Oui /Non	Nom, Ville	Pourquoi ?
Orthophonie	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>
CMP	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>
Psychologue	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>
Kinésithérapeute	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>
Orthoptiste	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>	<input style="width: 200px;" type="text"/>

Habitudes de vie :

Hygiène corporelle :

Brossage des dents : matin midi soir parfois non
Toilette : bain douche lavabo
 tous les jours 1 jour sur 2 moins souvent

Loisir : Votre enfant pratique-t-il une activité extra-scolaire ? laquelle ?

Alimentation :

Votre enfant prend-il un petit déjeuner ? non parfois oui, composition ?
Mange-t-il de tout ? oui non

	Eau	Soda	Sirop
Boisson pendant les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boisson hors des repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sommeil :

Votre enfant dort-il dans une chambre seule ?
A-t-il dans la chambre ? télévision console ordinateur / tablette téléphone portable non
Heure du coucher : heure du lever :
A-t-il des difficultés pour s'endormir ?
Prend-il des médicaments pour dormir ? Si oui lequel ?

Ecrans :

Combien de temps passe votre enfant devant les écrans par jour ?
Les jours de classe : Les jours hors classe :

Scolarité :

Votre enfant a-t-il eu des difficultés d'adaptation ? lesquelles ?

Observations :

Vu et pris connaissance le

Signature des responsables légaux :

Le 1^{er} responsable

le 2nd responsable

Signature du document PDF en utilisant **Acrobat Reader** : Outil remplir et signer ➔ ajouter une signature ➔ choisir tracer appliquer ➔ positionner + double clic