Route de Saint Maurice - .162

97393 - SAINT LAURENT DU MARONI CEDEX

: 05 94 34 90 26 - : 05 94 34 23 02

# Année Scolaire : 2020-2021

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(*à remettre au chef d’établissement sous enveloppe cachetée à l’attention du médecin et/ou de l’infirmière scolaire)*

**NOM DE L’ELEVE** :………………………………**PRENOM :**…………………….……**Classe:…...........**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * ***Vision(1) :*** *Lunettes :*
 | *oui – non(1)* | *lentilles :* | *oui – non(1)* |
| * ***Audition(1) :***
 |  | *Bonne - Mauvaise (1)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Votre enfant est-il diabétique ?*** oui – non(1) | ***Votre enfant est-il épileptique ?*** oui – non(1) |
| ***Votre enfant est-il asthmatique ?*** oui – non | ***Votre enfant est-il drépanocytaire ?*** oui – non(1) |
| ***Votre enfant suit-il un traitement ?*** oui – non(1)*Si oui lequel ?.............................................* | ***Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?***oui – non(1)*Si oui lesquelles ? .........................................................* |
| ***Votre enfant suit-il un régime alimentaire ?***oui- non(1)*Si oui lequel ?...........................................................* | ***Votre enfant est-il allergique ?*** oui – non(1)*Si oui préciser ?....................................................* |

***(1) rayer la mention inutile***

# Fiche 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.**

Maladie dont souffre votre enfant :……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Traitement :……………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

Médecin prescripteur :…………………………………………………………………………

Observations particulières :……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l’infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un **P**rojet d’**A**ccueil **I**ndividualisé (**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.

## Vu et pris connaissance,

Le représentant légal, Date…………………..

Signature