

**FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE DE L'ELEVE**  
**Année scolaire 2020/2021**

NOM : ..... Prénom : ..... CLASSE : .....

Date de naissance : ...../...../..... SEXE :  M  F

ADRESSE : ..... Tél : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

**HISTORIQUE CHIRURGICAL:**

**Votre enfant présente-t-il des troubles à type de :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dyslexie  | <input type="checkbox"/> Audition (précisez) : .....           |
| <input type="checkbox"/> Dyscalculie   | <input type="checkbox"/> Vue (précisez) : .....                |
| <input type="checkbox"/> Dysorthographe  | <input type="checkbox"/> Problème de rachis (précisez) : ..... |
| <input type="checkbox"/> Troubles de l'attention   | <input type="checkbox"/> Phobies : .....                       |
| <input type="checkbox"/> Difficultés psychologiques, Si c'est le cas, merci de bien vouloir préciser : ..... |  |

**Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé ? Si oui, de quel type ?**

**Traitement actuel ? Si oui lesquels ?** .....

Merci de bien vouloir nous transmettre les photocopies des ordonnances.

**ALLERGIES :**

- Médicamenteuses : .....
- Intolérances alimentaires: .....
- Environnementales (graminées, insectes, acariens, félins...).....

**Merci de bien vouloir préciser :** .....

**Signes et manifestations allergiques :** .....

**Traitement prescrit pour traiter les allergies :** .....

**Préconisations et conseils particuliers en lien avec ces allergies :** .....

- Votre enfant présente t-il une maladie chronique :**  Asthme  Crises d'Epilepsie
- Diabète  Epistaxis  Autre problèmes.....

**Certaines pratiques sportives sont-elles interdites à votre enfant ? Si oui, lesquelles ?** .....

**Recommandations du chirurgien ou du médecin** (fournir un certificat médical)

**Médecin traitant de la famille :** Nom et prénom : .....

**Adresse du cabinet :** .....Tél: .....

A : ..... Le ..... /..... /..... Signature du responsable légal :