FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE DE L’ELEVE

Année scolaire 2022/2023

NOM : …………………………………… Prénom : …………………………… CLASSE : ……………………………

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

ADRESSE : ……………………………………………………………………………Tél : …………………………………

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

* **ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : Aucun**

* **ANTECEDENTS MEDICAUX : Aucun**

Votre enfant présente-t-il une maladie chronique : **Aucune**

 ⃝ Asthme ⃝ Crises d’Epilepsie

⃝ Diabète ⃝ Epistaxis ⃝ Autre problèmes……………………………………………………………

**Les traitements doivent être impérativement remis à l’infirmière avec un duplicata de l’ordonnance. Pour les traitements « longue durée », des piluliers (préparés par la famille) doivent être déposés en début de semaine à la Vie Scolaire.**

* **ALLERGIES** (médicamenteuses, intolérances alimentaires, environnementales (graminées, insectes, acariens, félins)) : **Aucune**

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

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

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

Certaines pratiques sportives sont-elles interdites à votre enfant ? Si oui, lesquelles et motif ? …………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Médecin traitant de la famille : Nom et prénom : …………………………………………………………………………

Adresse du cabinet : ………………………………………………………………………Tél : ……………………………

Médecin spécialiste de l’élève : Nom et prénom : ……………………………………………………………………. Spécialité : ………………………………………………….

Adresse du cabinet : ………………………………………………………………………Tél : ……………………………

* **VOTRE ENFANT PRESENTE-T-IL DES TROUBLES :**  **Aucun**

**⃝** Dyslexie, dyscalculie, dysorthographie ... (entourez et précisez)

**⃝** Audition (précisez): **………………………………………** **⃝** Vue (précisez)**: …………………………………**

**⃝** Problème de rachis (précisez)**: ………………………………… ⃝** Troubles de l’attention ………………………

 **⃝** Phobies **: …………………………………………………………… .⃝** Difficultés psychologiques,

**Si c’est le cas, merci de bien vouloir préciser : ..........................................................................................................**

* **VOTRE ENFANT A-T-IL BENEFICIE LES ANNEES PRECEDENTES  D’UN ACCOMPAGNEMENT :**

**🞏 NON**

* **PAI (d’un Projet d’Accueil Individualisé) ? Si oui, de quel type ?**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Traitement actuel ? …………………………………………………………………………………………………………………**

* **PPS** (Projet personnalisé scolarisation), élève suivi par la MDPH

Fournir **obligatoirement** la notification MDPH ainsi que l’ancien GEVASCO

**Précisez le handicap : ………………………………………………………………………………………………………………**

* **PAP (**Projet d’accompagnement personnalisé), dyslexie, dysorthographie, TDAH ..

Pour les élèves ayant un PAP, celui-ci sera à établir ou à reconduire dès septembre avec le **professeur principal**.

**IMPORTANT**

Nous attirons votre attention sur les risques de dérive d’automédication, mais également de distribution de médicaments entre élèves avec les risques que cette pratique entraîne (allergies, surdosages, interactions médicamenteuses...).

**En cas de traitement à suivre à l’internat** (même ponctuel pour troubles occasionnels : type migraine, allergies...), **le double de l’ordonnance et les médicaments seront remis à l’infirmière** qui échangera avec le jeune sur la façon la plus adaptée pour administrer le traitement.

**Nous comptons sur votre vigilance et votre compréhension**.

**Je sousigné(e), Mr, Mme, ……………………….……..,** responsable légal 1 de l’élève **………………………………….. certifie l’exactitude** des renseignements portés à la connaissance de l’infirmière

**m’engage à communiquer** tout changement relatif aux renseignements donnés à l’infirmière**.**

Fait à ………………………………. le …..…/…..…/…..… **Signature du responsable légal 1:**