

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE DE L'ÉLÈVE
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, dysorthographe ... (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 BENEFCIE 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, dysorthographe, 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 soussigné(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: