

Année scolaire 2021/2022

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Document à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

NOM de l'élève :

Prénom :

Classe :

Date de naissance : | | | | | | | | | |

Nom et adresse des parents **OU** du représentant légal [Famille d'accueil...] :

Nom : Prénoms :

Adresse :

Code postal : Commune :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

Père **OU** Représentant légal [Famille d'accueil...] :

N° ☎ Portable : | | | | | | | | | |

N° ☎ du travail : | | | | | | | | | |

Poste :

Mère **OU** Représentant légal [Famille d'accueil...] :

N° ☎ Portable : | | | | | | | | | |

N° ☎ du travail : | | | | | | | | | |

Poste :

N° ☎ du domicile : | | | | | | | | | |

Médecin traitant :

Nom :

N° ☎ : | | | | | | | | | |

VISION : Lunettes oui non

Lentilles oui non

AUDITION : Bonne Mauvaise

Votre enfant est-il **DIABETIQUE** ? oui non

Votre enfant est-il **EPILEPTIQUE** ? oui non

Votre enfant est-il **DREPANOCYTAIRE** ? oui non

Votre enfant est-il **ASTHMATIQUE** ? oui non

Votre enfant est-il **ALLERGIQUE** ? oui non

Si oui, à quoi ?

Prend-il un traitement ? oui non

Doit-il le prendre pendant le temps scolaire ? oui non

Votre enfant est-il **PORTEUR D'UN HANDICAP** ? oui non

Si oui, lequel ?

Votre enfant a-t-il subi **DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES** ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Votre enfant présente-t-il des **TROUBLES DES APPRENTISSAGES** ? oui non

Si oui, lesquels ?

Est-il suivi ? oui non

Si oui par qui ?

Bénéficiait-il d'un **PAI** (traitement, apprentissage) l'an dernier ? oui non

AUTRES RENSEIGNEMENTS que vous souhaitez porter à la connaissance du Médecin Scolaire ou de l'Infirmière :

.....
.....

Je certifie exactes les informations portées ci-dessus.

Fait à Cayenne, le :

Signature du parent ou représentant légal :