

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICO-SOCIALE CONFIDENTIELLE

2024-2025

(à rendre sous enveloppe cachetée portant la mention « fiche médicale » avec nom, prénom et classe de l'élève)

Fiche à compléter si votre enfant (si vous n'êtes pas concerné, merci de rayer les encadrés inutiles et **dater et SIGNER** le document, svp):

- Est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter **une prise de médicament durant le temps scolaire** ;
- Est susceptible de prendre un **traitement d'urgence** ;
- Est atteint d'un handicap (moteur, visuel, auditif, etc.) ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire ;
- Présente des difficultés **nécessitant des aménagements de la scolarité** (exemple : troubles DYS, TDA/H, etc.)

NOM DE L'élève : Prénom :
 Date de naissance : __ / __ / ____ Classe :
 Adresse :
 N° de portable de l'élève : __ / __ / __ / __ / __

PROBLEMES MEDICAUX

Nature/Traitement :

Souhaitez-vous la mise en place d'un protocole de soins dans le cadre scolaire (PAI= Protocole d'Accueil Personnalisé, pour la mise en place d'un protocole d'urgence ou pour la prise de médicament régulière pendant les temps scolaires) ?

☐ OUI ☐ NON

Pour la mise en place des mesures particulières et pour établir un Projet d'Accueil Personnalisé (PAI), conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, prenez contact dès la rentrée avec le médecin ou l'infirmière scolaire.

Ligne directe infirmerie : 03.23.65.59.76

TROUBLES DES APPRENTISSAGES

Nature :

Bénéficiait-il d'un :

- **PPS** (dossier MDPH) ? ☐ OUI ☐ NON
- **PAP** (Protocole d'Accompagnement personnalisé) ? ☐ OUI ☐ NON
- Aménagements lors des derniers examens (Brevet, BAC, CAP) ? ☐ OUI ☐ NON

Merci de joindre la copie de la dernière notification MDPH en cours de validité ou du dernier PAP mis en place au collège ou au lycée pour la continuité des aménagements.

- Suivi orthophonique : ☐ OUI ☐ NON
- Suivi Médico-psychologique : ☐ OUI ☐ NON
- Suivi Maison des Adolescents (MDA) : ☐ OUI ☐ NON

SUIVI EDUCATIF OU JUDICIAIRE

Nom du référent :
 Coordonnées :

Pris connaissance par le représentant légal,

A, le __ / __ / ____

Signature :