

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....  
Né(e) le : .....

-Nom du médecin traitant habituel : .....

**-VACCINATIONS : Joindre obligatoirement les photocopies de toutes les vaccinations de votre enfant à ce document.**

**-Votre enfant souffre-t-il ?**

-Allergie	OUI-NON	Précisez : .....
-Asthme	OUI-NON	
-De diabète	OUI-NON	
-D'épilepsie	OUI-NON	
-De maladie cardio-vasculaire	OUI-NON	
-Autre, précisez :		.....

**Si un élève doit prendre un traitement dans la journée, soit pour un cas d'urgence (crise d'asthme...) soit pour un traitement, il doit apporter ses médicaments avec la photocopie de l'ordonnance du médecin ainsi qu'une autorisation du responsable légal à l'infirmerie.**

**-Votre enfant a-t-il un suivi particulier ?** Précisez : .....

**-Votre enfant souffre-t-il d'une déficience visuelle OUI-NON, auditive OUI-NON ?**

**-Souhaitez-vous la mise en place d'un PAI ?** OUI-NON

Si oui, merci de fournir la photocopie du dernier PAI pour les élèves entrants et prendre contact dès la rentrée avec l'infirmière scolaire.

**-Souhaitez-vous la mise en place d'un PAP ?** OUI-NON

Si oui, merci de joindre la photocopie du dernier PAP, ainsi que la photocopie du dernier bilan de l'orthophoniste et/ou psychomoteur pour les élèves entrants et prendre contact dès la rentrée avec l'infirmière scolaire.

**-Votre enfant bénéficie-t-il d'un PPS (dossier MDPH) ?** OUI-NON

**-Autorisez-vous l'infirmière de l'établissement à délivrer des médicaments sans ordonnance dont la liste est fixée par le BO du 6 janvier 2000 ?** OUI-NON

Précisez les médicaments non délivrables : .....

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter l'infirmière du lycée.

En cas de non autorisation, aucun médicament sans ordonnance ne sera délivré à votre enfant (Paracétamol, Spasfon...)

En cas d'autorisation, vous vous engagez à avertir l'infirmière de tout changement dans l'état de santé de votre enfant.

Fait à ....., le.....

Signature :