

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

NB : CETTE FICHE EST À COMPLÉTER SI VOTRE ENFANT EST :

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire ;
- susceptible de prendre un traitement d'urgence ;
- atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

A REMETTRE SOUS ENVELOPPE CACHETÉE À L'ATTENTION DE L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE

NOM : PRENOM : CLASSE :

ADRESSE :

TEL : TEL MOBILE :

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

Selon les renseignements précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, (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).

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal

Date

Signature
