



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**

A remettre sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière et / ou du médecin scolaire

Nom et prénom de l'élève .....

Classe .....

**VISION** : Lunette : oui  non   
 Lentilles : oui  non   
 Audition : bonne  mauvaise

**QUELLES MALADIES VOTRE ENFANT A-T-IL EUES ? .....**

**VOTRE ENFANT A-T-IL SUBI DES INTERVANTIONS CHIRURGICALES ?**

Oui  non

Si oui, Lesquelles.....

**VOTRE ENFANT EST-IL DIABETIQUE ?** oui  non

**VOTRE ENFANT EST-IL EPILEPTIQUE ?** oui  non

**VOTRE ENFANT EST-IL ASTHMATIQUE ?** oui  non

**VOTRE ENFANT EST-IL DREPANOCYTAIRE ?** oui  non

**VOTRE ENFANT A-T-IL UN TRAITEMENT EN COURS ?** oui  non

Si oui, lequel ?.....

Pourquoi ?.....

**VOTRE ENFANT A-T-IL UN REGIME ALIMANTAIRE ?** oui  non

Si oui, lequel ?.....

Pourquoi ? .....

**Prescrit par un médecin ?** oui  non

(copie de la prescription)

**ALLERGIES**

**VOTRE ENFANT EST-IL ALLERGIQUE ?** oui  non

Si oui : à des médicaments ?  à des produits alimentaires ?

A un autre produit

Citez lesquels .....

Je certifie exacte les informations portées ci-dessus

A ..... Le ...../...../.....

Signature des parents ou représentant légal

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**

A remettre sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière et / ou du médecin

Nom et prénom de l'élève .....

Date de naissance.....

Classe .....

Fiche à compléter si votre enfant est :

Atteint d'une maladie qui nécessite une prise en charge 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.

Maladie dont souffre votre enfant :

.....  
.....  
.....

Traitement :

.....  
.....  
.....

Observations particulières :

.....  
.....  
.....

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

.....  
.....  
.....

**En fonction des renseignements que vous aurez précisés, en cas d'urgence, vous serez contactées par le médecin ou l'infirmière du lycée.**

**Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.**

Vu et pris connaissance,

Date

Le représentant légal

Signature