



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS
DESTINEE AU MEDECIN SCOLAIRE
2025 / 2026**

Nom :

Prénom de l'élève:

Classe :

Né(e) le :

Nous soussignés, responsable légal certifie que l'élève n'est pas concerné par cette fiche.

1) Le document ci-dessous est à compléter OBLIGATOIREMENT ET A REMETTRE SOUS PLI CACHETE à l'intention du médecin scolaire si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie 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.

RESPONSABLE LEGAL 1 : NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL D'URGENCE : /

RESPONSABLE LEGAL 2 : NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL D'URGENCE : /

OBSERVATIONS ET CONSIGNES PARTICULIERES D'ORDRE MEDICAL :

Signaler ici si l'enfant souffre d'une maladie et laquelle :

Si oui, suit-il un traitement et lequel ?

A-t-il des allergies : Oui Non si oui à quoi ?

L'enfant doit-il prendre un traitement à l'école : Oui Non Si oui, lequel ?

Médecin traitant (nom, adresse, téléphone) :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé (P.A.I.), conformément à la circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Il est de votre responsabilité de nous communiquer tout changement concernant les renseignements ci-dessus.

Date :

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL 1

SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL 2