



FICHE MEDICALE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE :

Nom : Prénom : Sexe :

Né(e) le : à Dépt :

Nationalité : si étrangère laquelle :

REGIME : ☐ DEMI-PENSIONNAIRE ☐ EXTERNE

Nom et adresse de l'établissement précédent :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE :

Nom et prénom du Responsable légal 1 :

Adresse :

CP : VILLE :

Téléphone du domicile : Portable :

ou autre :

Nom et prénom du Responsable légal 2 :

Adresse :

CP : VILLE :

Téléphone du domicile : Portable :

ou autre :

Nom d'un parent (ou d'un proche) autorisé à récupérer mon enfant en cas de besoin, si aucun des responsables ne peut le faire.

M. ou Mme : Téléphone :

Lien de parenté :

Nom d'un autre parent (ou d'un autre proche) autorisé à récupérer mon enfant en cas de besoin, si aucun des responsables ne peut le faire.

M. ou Mme : Téléphone :

Lien de parenté :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'élève suit-il un traitement ? Si OUI lequel :

Médecin traitant habituel : Téléphone :

Antécédents personnels : maladie(s) :

Un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) a-t-il été mis en place ? ☐ OUI ☐ NON

Allergie importante :

Un aménagement scolaire (PPRE, PAP, PPS) a-t-il été mis en place ? ☐ OUI ☐ NON

Un suivi scolaire est-il en place ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, veuillez préciser la nature du suivi et les périodes concernées

.....

Autorisation du Responsable Légal de l'élève EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

En cas d'impossibilité de me joindre, je soussigné(e),

Nom et Prénom du Responsable légal :

Autorise le Chef d'Etablissement à faire transporter mon enfant au centre hospitalier le plus proche, et lui faire pratiquer toute intervention d'urgence justifiée par son état.

Lu et approuvé,

Signature obligatoire du Responsable légal

Fait à : le