

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Document à renseigner SEULEMENT SI NÉCESSAIRE

Fiche à compléter et à rendre sous enveloppe cachetée portant la mention « *fiche médicale* » avec nom, prénom et niveau de l'élève UNIQUEMENT si votre enfant :

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

Nom	
Prénom	
Classe	



Nom de la maladie, de l'affection ou du handicap :

- ❖ Votre enfant a-t-il bénéficié d'un **Projet d'Accueil Individualisé** en lien avec une maladie chronique ou affection sur l'année scolaire 2025-2026 ?

Oui ☐

Non ☐

- ❖ Souhaitez-vous mettre en place un PAI cette année ?

Oui ☐

Non ☐

→ **Si oui**, merci de nous fournir les documents nécessaires à la mise en place du PAI :

- Documents Partie 1 et/ou 2 en fonction de la pathologie ;
- Fiche "Conduite à tenir" standard ou spécifique en fonction de la pathologie ;
- Ordonnance à jour.

Documents téléchargeables sur l'adresse ci-dessous :

<https://eduscol.education.gouv.fr/5427/poursuite-de-la-scolarité-avec-des-traitements-médicaux-particuliers>

- ❖ Votre enfant bénéficiait-il d'un **Plan Personnalisé de Scolarisation** ? (MDPH)

Oui ☐

Non ☐

→ **Si oui**, merci de nous fournir le dernier **GEVA-Sco**

- ❖ Votre enfant bénéficie t-il d'un suivi médico-psychologique ou autre ?

Oui ☐

Non ☐

→ **Si oui**, merci de nous indiquer nom et coordonnées du professionnel :

Rappel : Si votre enfant bénéficie d'un **PAP** ou **PPRE**, merci de vous rapprocher de son professeur principal dès la rentrée.

Fait à : -----

Vu et pris connaissance, le : -----

Le représentant légal,
Signature :