**Année scolaire**

**2025/2026**



**Renseignements médicaux obligatoires**

*Ce document est exclusivement destiné au service médical*

*et doit être placé sous enveloppe cachetée à l’attention de l’infirmière.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1 – Allergies :  |  |
|  |  |

Alimentaires : ……………………….……………………………………………………………………

Médicamenteuses : …………………..…………………………………………………………………

Autres : ...…………………………………………………………………………………………………

**2 –Maladies :**

* Asthme
* Diabète
* Epilepsie
* Scoliose
* Autres (déficience auditive, visuelle, etc…) : ……………………………………………………………………………….……………………

Traitement régulier :

* Oui
* Non

Lequel ?………………………………………………...…………………………………………………… **(Sur le temps de vie scolaire, il est obligatoire de déposer à l’infirmerie les médicaments et leur ordonnance).**

Un élève atteint de maladie chronique, d’allergie et d’intolérance alimentaire peut faire l’objet d’un Projet d’Accueil Personnalisé (P.A.I.). Il leur permet de suivre une scolarité normale. **Si votre enfant est titulaire d’un PAI, fournir une photocopie.**

**3 – suivis paramédicaux :**

* Orthophoniste
* Psychologue
* Psychomotricien
* Autres…………………………………………………………………………….………………
1. **– Demande d’aménagement des conditions de passation des épreuves aux examens :**
* Oui

Si oui, pour quel motif : …………………………………………………………………………

* Non

***Pour information : un dossier sera à retirer auprès de secrétariat de direction***

**5- - Votre enfant bénéficie-t-il d’un PPS ? d’un PAP ?**

* Oui ( si oui merci de joindre tous les documents et autres notifications…)
* Non

***Le ...................., A ……………………………….***

***signature du (des) responsable(s) légal(aux)***