

# CE DOCUMENT N'EST PAS OBLIGATOIRE

**SI VOUS LE REMPLISSEZ, IL DOIT ÊTRE REMIS SOUS ENVELOPPE  
CACHETÉE A L'ATTENTION DE L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Cette fiche est à remplir si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique nécessitant une prise en charge 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

NOM :  PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL :  PORTABLE :

MALADIE DONT SOUFFRE VOTRE ENFANT :

TRAITEMENT :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

OBSERVATION :

À partir des besoins spécifiques de votre enfant et à la demande de la famille, un protocole d'accueil peut être mis en place si nécessaire, conformément à la loi.

Date :   
Vu et pris connaissance,

Signature

**! ATTENTION !  
APPORTER EN MAIN PROPRE**