

NOM DU PRÉCÉDENT ÉTABLISSEMENT : _____
CODE POSTAL: _____ VILLE : _____

FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom – Prénom de l'élève : _____

Classe en 2023-2024 : _____

COORDONNEES DES PARENTS OU REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

Nom - Prénom _____ Téléphone _____

Nom - Prénom _____ Téléphone _____

Si votre enfant est atteint de maladie chronique, de troubles de la santé évoluant sur une longue période et pour lesquels des aménagements de la scolarité et, en particulier, des soins ou prises de médicaments pendant le temps scolaire sont nécessaires.

A cet effet, un **Projet d'Accueil Individualisé** est mis au point, **à votre demande** et avec votre participation, sous l'autorité du chef d'établissement.

Pour mettre au point le projet d'accueil individualisé, PAI, vous devez prendre contact avec l'infirmière scolaire.

♦ **Maladie dont est atteint votre enfant :** _____

Sans réponse de votre part, l'état de santé de votre enfant sera considéré comme ne relevant pas d'un projet d'accueil individualisé.

✓ Si votre enfant bénéficie d'aménagements pour sa scolarité, veuillez cocher ci-dessous, et nous transmettre les documents, même anciens.

PAP PPS PPRE GEVA-sco Notifications MDPH Autres documents _____

Commentaires : _____

Vu et pris connaissance le : ____ / ____ / ____

Le(s) représentant(s) légal (aux)

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Signature

Signature