



ASNIÈRES

à remettre au Chef d'Établissement  
sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière scolaire

Fiche à compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire (asthme, migraine, allergies...)
- 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 : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... CLASSE : .....

ADRESSE : .....

Tél. : ..... Portable : .....

**Maladie dont souffre votre enfant :**

**Traitement :** si un traitement est à donner durant les heures scolaires, fournir l'ordonnance et le médicament

**Nom, adresse et numéro de téléphone du Médecin prescripteur :**

**Observations particulières :**

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un PAP.

**Nous attirons votre attention sur le fait que depuis septembre 2015, les demandes de tiers temps liées à des PAP ne peuvent être acceptées que si elles ont été préparées en début de cycle (5<sup>ème</sup> pour le DNB, et 2<sup>nde</sup> pour le Baccalauréat).**

Mme ou M ..... renouvelle(nt) le PAP de 2017/2018.

**Cette fiche n'est pas obligatoire** ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,

Le représentant légal ..... Date.....

Signature :

