



# Fiche de renseignements médicaux confidentiels

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

## FICHE A COMPLETER OBLIGATOIREMENT ET UNIQUEMENT EN CAS DE PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ou PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)

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, etc)
- 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 le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un PAI.

**Nous attirons votre attention sur le fait que depuis septembre 2015, les demande de tiers temps liées à des PAP ne peuvent être octroyées 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 la rentrée dernière.

Vu et pris connaissance,

Le représentant légal ..... Date.....

Signature :

