

[illegible]

## ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Interventions chirurgicales subies (précisez les dates) :

.....

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Rougeole ☐ Varicelle ☐ Otite ☐  
 Oreillons ☐ Coqueluche ☐ Spasmophilie ☐  
 Rubéoles ☐ Scarlatine ☐

Autres : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Existe-t-il un déficit ? ☐ visuel ☐ auditif ☐ moteur

L'élève est-il appareillé ? ☐ OUI ☐ NON

☐ Autre (dyslexie, dyscalculie, dyspraxie...). Précisez : .....

L'élève a-t-il bénéficié d'un PAP ? ☐ OUI ☐ NON

Existe-t-il une maladie chronique ? S'il y a lieu, précisez le traitement :

☐ Asthme .....  
☐ Diabète .....  
☐ Maladie cardiaque .....  
☐ Maladie hépatique .....  
☐ Atteinte rénale .....  
☐ Épilepsie .....  
☐ Hémophilie .....  
☐ Autre .....

Existe-t-il des allergies ? S'il y a lieu, précisez le traitement :

☐ Alimentaires : .....  
☐ Autres : .....

Existe-t-il un autre traitement particulier ?

.....

**Les médicaments prescrits par le médecin et à prendre sur le temps scolaire, doivent être déposés à l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance.**

L'élève a-t-il bénéficié d'un PAI ? ☐ OUI ☐ NON

L'élève a-t-il bénéficié d'un PPS ? ☐ OUI ☐ NON

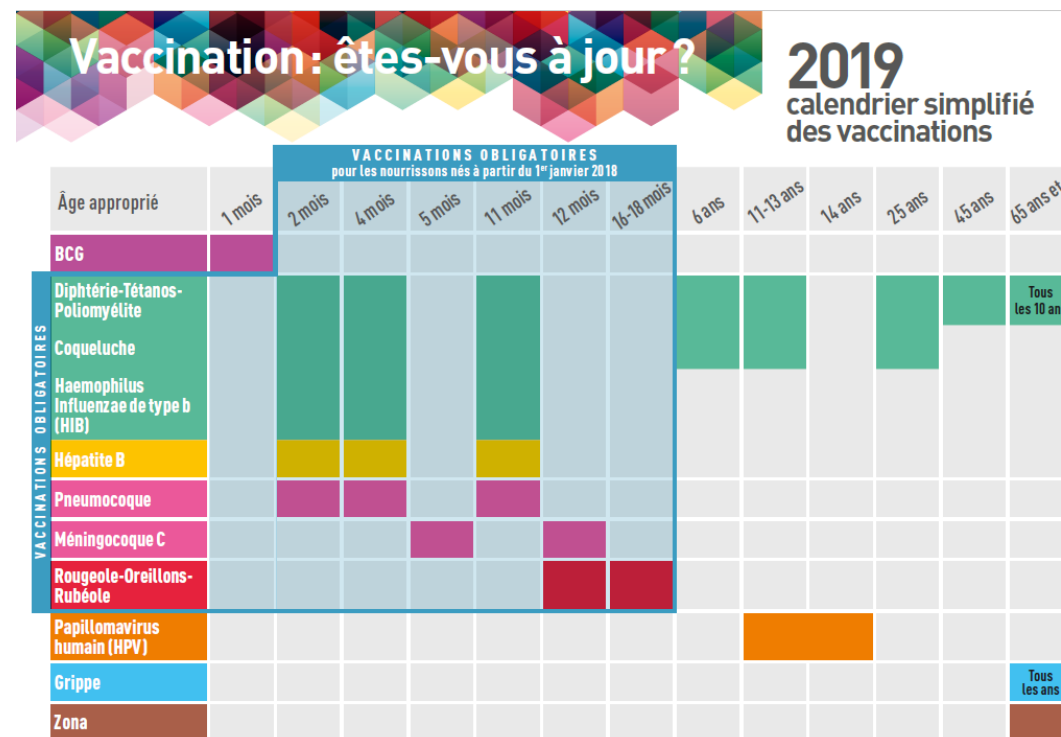
L'élève a-t-il bénéficié d'un aménagement pour les examens ?

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, précisez (1/3 temps, autres) : .....

## VACCINATIONS

Joindre une photocopie du carnet de santé ou un certificat médical.



GROUPE SANGUIN : .....

**La famille peut préciser ci-dessous l'établissement auquel elle souhaiterait qu'il soit fait appel en cas d'urgence :**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Si vous souhaitez rencontrer l'infirmière, vous pouvez la joindre au : 05.61.72.75.54**