



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Année scolaire 2023-2024

IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : PRENOM :
SEXE : M F CLASSE : DATE DE NAISSANCE :/...../.....
LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITE :

FRERES et SŒURS :

Nom – Prénom	Date de naissance	Classe	Etablissement scolaire

NOM ET PRENOM DU PERE :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... PROFESSION :

NOM ET PRENOM DE LA MERE :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... PROFESSION :

Mariés En couple Divorcés Séparés Autre :

NOM DES RESPONSABLES LEGAUX :

ADRESSE :

N° de TELEPHONE :

@ :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Votre enfant a-t-il connu un évènement marquant dans sa vie ? (décès, divorce...) Si oui, à quel moment et comment l'a-t-il vécu ?.....

.....

Votre enfant présente-t-il des antécédents médicaux ? Si oui, lesquels ?

.....

Votre enfant présente-t-il des allergies ? (médicaments, alimentaires, respiratoires, animaux...) Si oui lesquels ?

.....

Votre enfant prend-il un traitement ? Si oui, lequel, depuis quand ? (précisez la fréquence et la posologie)

.....

Si votre enfant doit prendre un traitement sur le temps scolaire, ou en sortie, merci de bien vouloir inscrire ces traitements et de contacter l'infirmier pour organiser une éventuelle mise en place d'un PAI (les médicaments doivent être déposés avec l'ordonnance dès la rentrée).

.....

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? Si oui, à quel moment et pour quel motif ?

.....

Votre enfant a-t-il des troubles de la vue ? (lunettes, lentilles)

.....

Votre enfant a-t-il des troubles de l'audition ? (appareil auditif...)

.....

Autre renseignements concernant la santé de l'enfant :

.....

SCOLARITE DE L'ELEVE

	3 ans	4 ans	5 ans
Classes			
Etablissement scolaire			
	6 ans	7 ans	8 ans
Classes			
Etablissement scolaire			
	9 ans	10 ans	11 ans
Classes			
Etablissement scolaire			

La fréquentation scolaire est-elle régulière ? OUI NON

Motifs d'absence les plus fréquents ?

.....

Votre enfant présente-t-il des difficultés scolaires ? Si oui, lesquelles ?.....

.....

En complément de sa scolarité, votre enfant est-il pris en charge ? (orthophoniste, graphothérapeute, psychomotricien, psychologue...). Si oui, pour quel motif, depuis quand et à quelle fréquence ?.....

.....

.....

HABITUDES DE VIE DE L'ELEVE

COMMUNICATION :

Quelle langue parle-t-il à la maison ?.....

A-t-il des difficultés d'expression ? Expliquez.....

.....

A-t-il des difficultés de compréhension ? Expliquez.....

.....

SOMMEIL

Vers quelle heure va-t-il se coucher ?.....
Combien d'heure de sommeil par nuit votre enfant dort-il ?.....
A-t-il des troubles du sommeil ? (Somnambulisme, cauchemars...).....
.....

ALIMENTATION

Votre enfant a-t-il une alimentation saine et variée ?.....
.....
Refuse-t-il certains aliments ?.....
.....
A-t-il un régime particulier à suivre ?.....
Votre enfant mangera-t-il à l'école le midi ? OUI NON

DIVERTISSEMENT :

Combien de temps votre enfant passe-t-il devant les écrans ? (TV, tablette, DS, smartphone...) ?
La semaine : h/jour Le week-end : h/jour
Remarque :.....

CENTRES D'INTÉRÊTS - LOISIRS DE L'ELEVE

Pratique-t-il un sport ? Si oui, lequel ?.....
Combien de temps et la fréquence ?.....
Quels sont ces loisirs favoris ?
.....
Y a-t-il des activités, des sports qu'il ne peut pas pratiquer ?
.....
Peut-il pratiquer la natation ? Sait-il nager ? Sait-il rouler à vélo ?.....
.....
Combien de temps peut-il se consacrer à une activité ?.....
A-t-il peur des animaux ?.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Fait le : Signature :



FICHE D'URGENCE (NON CONFIDENTIELLE)

Année scolaire 2023-2024

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Classe :

Nom de l'élève : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Nom du représentant légal :

En cas d'urgence, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

Nom, prénom : Qualité (père, mère, ...) :

Tél domicile : Tél portable :

Tél travail :

Nom, prénom : Qualité (père, mère, ...) :

Tél domicile : Tél portable :

Tél travail :

Nom, prénom du médecin traitant : Tél

Nom de la sécurité sociale (CPAM, MSA, MGEN ...) - n° de sécurité sociale (parents ou élève) :

.....

.....

Mutuelle et n° mutualiste :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Les frais engagés sont à la charge des familles et non de l'établissement.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement et des services d'urgence : allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Je soussigné (e) nom, prénom :
demeurant à :
agissant en qualité de : (père, mère, tuteur, responsable de l'enfant) :
.....
déclare avoir pris connaissance des dispositions de la fiche d'urgence.

A : le..... Signature :