



direction des services  
départementaux  
de l'éducation nationale  
Rhône

éducation  
nationale  
jeunesse  
vie associative

**FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

*(à remettre, si vous le souhaitez, au directeur ou chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin ou de l'infirmière scolaires)*

**Cette fiche est à compléter dans le cas où 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 directeur d'école ou du chef d'établissement, en concertation avec le médecin scolaire ou de PMI et l'infirmière scolaire.

Enfant (Nom, Prénom) : .....

Classe : .....

Ecole ou établissement scolaire : .....

Coordonnées des parents ou représentants légaux :

Nom, Prénom : .....

N° tél : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

Nom, Prénom : .....

N° tél : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

♦ Maladie dont est atteint votre enfant : .....

♦ Joindre, **sous pli cacheté confidentiel pour le médecin scolaire, de PMI**, les documents établis par votre médecin traitant :

- une ordonnance récente précisant les besoins thérapeutiques,
- un protocole d'urgence précisant les signes d'appel, les symptômes visibles, les mesures à prendre et les informations à donner aux médecins des services d'urgence dans le cas où la maladie évolue par crises ou par accès.

C'est à partir de ces éléments que le projet d'accueil individualisé sera rédigé par le médecin de l'établissement scolaire.

Pour mettre au point le projet d'accueil individualisé **vous devez prendre contact** avec le directeur d'école ou le chef d'établissement **ainsi** qu'auprès du médecin ou de l'infirmière scolaire ou du médecin de PMI selon le cas **et convenir d'un rendez-vous**.

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

Vu et pris connaissance le :

Le(s) représentant(s) légal(aux) (nom, prénom et signature)