

FICHE DE RENSEIGNEMENTS


FICHE A COMPLETER SI VOTRE ENFANT EST :

- ATTEINT D'UNE MALADIE POUVANT NECESSITER UNE PRISE DE MEDICAMENT DURANT LE TEMPS SCOLAIRE
- SUSCEPTIBLE DE PRENDRE UN TRAITEMENT DURANT LE TEMPS SCOLAIRE
- ATTEINT D'UN HANDICAP OU D'UNE MALADIE POUVANT NECESSITER DES AMENAGEMENT DANS LE CADRE SCOLAIRE
- ATTEINT DE TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : CLASSE :

ADRESSE :

 DES PARENTS OU REPRESENTANT LEGAL :

 PORTABLE :

MALADIE OU HANICAP DONT SOUFFRE VOTRE ENFANT :

TRAITEMENT :

AMENAGEMENTS PARTICULIERS POUR LES EXAMENS OUI NON

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) OUI NON

MEDECIN SPECIALISTE-CENTRE HOSPITALIER :

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP) OUI NON

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière de l'établissement pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n° 2003-1356 du 08 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

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 :