

## Année scolaire 2024

### INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom					
Prénom 1		Prénom 2		Prénom 3	
Sexe	Date et lieu de naissance				
Adresse					
QUALITE	<input type="checkbox"/> EXTERNE <input type="checkbox"/> ½ PENSIONNAIRE <input type="checkbox"/> INTERNE				

Personne à prévenir en cas d'urgence : (l'établissement s'efforce de prévenir la famille le plus rapidement possible)

	Représentant légal 1	Représentant légal 2	Autre
Nom – Prénom			
Tél domicile			
Tél travail			
mobile			
Adresse mail			

#### AIDES et COUVERTURES SOCIALES (photocopies à joindre obligatoirement)

BOURSES	MUTUELLE	CAFAT
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <input type="checkbox"/> PROVINCE ILES <input type="checkbox"/> PROVINCE NORD <input type="checkbox"/> PROVINCE SUD N° .....	<input type="checkbox"/> Commerce <input type="checkbox"/> Fonctionnaires <input type="checkbox"/> SLN <input type="checkbox"/> Autres : .....  N° .....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  N° ..... <hr/> <div style="text-align: center;">AIDE MEDICALE GRATUITE</div> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B N° .....

#### Autorisation parentale

En cas d'urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.  
 L'établissement s'efforce d'avertir le plus rapidement possible la famille.  
 Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame  
 Représentant légal de l'élève :

autorisons le chef d'établissement, à prendre les mesures nécessaires au maintien de l'état de santé de mon enfant.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre) :

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

Fait à ..... le .....  
 Signature et nom des représentants légaux (obligatoire)

*Pour la meilleure prise en charge possible de votre enfant, il est important que cette fiche soit parfaitement complétée. En fonction des renseignements portés, vous pouvez être contacté par l'infirmier scolaire pour établir si nécessaire un Projet d'Accueil Individualisé, conformément à la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.*

NOM de l'ELEVE : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Problèmes de santé de votre enfant	OUI	NON	Renseignements complémentaires
Votre enfant a-t'il déjà bénéficié d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)			Si OUI, le fournir
<b>PULMONAIRE</b>			
Asthme			Si OU, fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement.
Autre			
<b>CARDIAQUE</b>			
Rhumatisme (RAA)			Si OUI, fournir la dernière échographie cardiaque
Autres (lesquels)			
<b>ALLERGIES</b>			
Lesquelles : .....			Si OUI, fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement
<b>PROBLEMES VISUELS</b>			
Port de lunettes			
Port de lentilles			
Autres (lesquels)			
<b>PROBLEMES AUDITIFS</b>			
Surdité			Si OUI, port d'appareil :
Autres (lesquels)			
<b>AUTRES PATHOLOGIES</b>			
Epilepsie			Si OUI, fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement
Diabète			
Autres (lesquelles)			
<b>HANDICAP</b>			
Lequel : .....			
Taux de prise en charge : .....			
<b>SUIVI DE VOTRE ENFANT</b>			
Psychologique			Si OUI, précisez le nom
Par un éducateur			Si OUI, précisez le nom
Orthophonique			Si OUI, précisez le nom
En famille d'accueil			

Vu et pris connaissance, Signature, nom et prénom du ou des responsables légaux (obligatoire)

Date :