

Année scolaire 2025

INFORMATION SUR L'ENFANT

Nom			
Prénom 1		Prénom 2	
Sexe		Date et lieu de naissance	
Adresse			
QUALITE	☐ EXTERNE ☐ ½ PENSIONNAIRE ☐ 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			
Mobilis			
Adresse mail			

AIDES et COUVERTURES SOCIALES (photocopies à joindre obligatoirement)

BOURSES		MUTUELLE		CAFAT	
☐ OUI	☐ NON	☐	Commerce	☐ OUI	☐ NON
☐	PROVINCE ILES	☐	Fonctionnaires	N°	
☐	PROVINCE NORD	☐	SLN	AIDE MEDICALE GRATUITE	
☐	PROVINCE SUD	☐	Autres :	☐ A	☐ B
N°		N°		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
PULMONAIRE			
Asthme			Si OUI, fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement.
Autre			
CARDIAQUE			
Rhumatisme (RAA)			Si OUI, fournir la dernière échographie cardiaque
Autres (lesquels)			
ALLERGIES			
Lesquelles :			Si OUI, fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement
.....			
PROBLEMES VISUELS			
Port de lunettes			
Port de lentilles			
Autres (lesquels)			
PROBLEMES AUDITIFS			
Surdité			Si OUI, port d'appareil :
Autres (lesquels)			
AUTRES PATHOLOGIES			
Epilepsie			Si OUI, fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement
Diabète			
Autres (lesquelles)			
HANDICAP			
Lequel :			
Taux de prise en charge :			
SUIVI DE VOTRE ENFANT			
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 :