 Année scolaire 2025-2026

“Photo d'identité"

à coller

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

à transmettre sous pli cacheté au **SERVICE MÉDICAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : Prénom : Classe :  Adresse : | | Dernier établissement fréquenté :  Classe de : |
| Nom du responsable légal :  Numéro de téléphone de l’élève :  Numéro de téléphone du responsable légal: | Numéro de Sécurité sociale de l’enfant: Nom et coordonnées du médecin traitant : | |
| Problèmes ayant une incidence sur la santé de l’élève: (Année de la maladie, interventions chirurgicales..) | | |
| Allergies connues :  Maladie chronique (diabète, asthme…) : | | |
| Votre enfant suit il actuellement un traitement :  Oui Non  Si oui, lequel ? : | | |
| Votre enfant a t’il déjà bénéficié d’un **P.A.I** (Projet d’Accueil Individualisé) :  Oui  Non | Votre enfant a t’il déjà bénéficié d’un aménagement particulier lors de sa scolarité ?  **PPS** (Projet Personnalisé de scolarisation) :  Oui Non  **PAP** (Plan d’Accompagnement Personnalisé) :  Oui Non  **Si oui, fournir une copie du PAP ou du Gevasco (PPS)** | |

Date : Signature du responsable légal :