 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 NonSi 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 :