

**Fiche à compléter si votre enfant est :**

- **Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire, comme : asthme, convulsions, diabète, cardiopathie, allergies, ...**
- **Susceptible de prendre un traitement d'urgence.**
- **Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.**

NOM de l'élève : .....

PRÉNOM de l'élève : .....

Classe en 2016/2017 : .....

**Classe rentrée 2018 :**

ADRESSE : .....

E-mail des parents : .....

TÉL. : .....

TEL. élève : .....

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement et Conduite à tenir :

Nom et N° de téléphone du médecin prescripteur :

Observations particulières et précautions à prendre :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par l'infirmière scolaire pour établir avec vous, 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.

***Vu et pris connaissance,***  
**Le représentant légal**

**Date :**

**Signature**