

## Fiche Médicale

**Année Scolaire :**  **Téléphone portable du parent :**

**Nom et Prénom de l'élève :**  **Classe**

**Date de naissance :**  **Groupe Sanguin :**

**En cas d'absence des parents, s'adresser à :**

1) **Nom :** ..... **Tél. :** ..... **Relation :** .....  
2) **Nom :** ..... **Tél. :** ..... **Relation :** .....

**Médecin à contacter en cas d'accident :** .....

**Adresse :** ..... **Tél :** .....

**ANTÉCÉDENTS :**

**Antécédents Médicaux et chirurgicaux (Date, description) .....**

**Antécédents Familiaux (Parents, Frères, Sœurs) .....**

**SITUATION ACTUELLE :**

**Maladie Chroniques (Diabète, Asthme,.....) : .....**

**Traitements en cours : .....**

**Allergie (Alimentaire, Médicamenteuse...) : .....**

**Autres informations importantes à signaler : .....**

**Vaccination : Prière de joindre une copie du carnet de vaccination de votre enfant.**

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ - PAI :**

Si votre enfant présente un problème de santé chronique (asthme, diabète, allergie ...) merci de nous le signaler. Un projet d'accueil individualisé (PAI) sera établi.

**Votre enfant bénéficiait-il d'un projet d'accueil individualisé PAI dans son établissement précédent ?**

Oui       Non

**Si oui, veuillez nous indiquer lequel, et joindre une copie du plan.**

**L'enfant devra-t-il bénéficier d'un projet d'accueil individualisé au sein de notre établissement ?**

Oui       Non

Le PAI est un document écrit et confidentiel qui permet de préciser les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou l'adolescent ainsi que les traitements devant lui être administrés.

**En signant ce papier vous donner la permission a l'établissement de procurer les premiers soins en cas d'urgence vitale.**

Attestation renseignée par :

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**Le CPF Montana décline toute responsabilité en cas d'information médicale non communiquée.**