

**NOM ET PRENOM DE L'ÉLÈVE** .....

Date de naissance...../...../..... lieu de naissance..... **N° portable élève**.....

**Régime**  externe  demi-pensionnaire  interne **Fratrie** nombre..... Age.....

**Etablissement précédemment fréquenté**.....

**Personne en charge de l'élève**  parents  mère  père  éducateur  foyer  famille d'accueil  étés spécialisé

**PERSONNE A PREVENIR**

**Père**.....tél..... **Mère**.....tél.....

**Autre à préciser** .....tél.....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES**

**Pathologies**  asthme  diabète  épilepsie  scoliose  migraine  allergie (à préciser) .....

déficience auditive  déficience visuelle  autres (à préciser).....

Votre enfant suit-il un traitement ? (à préciser) .....

**Δ Pour toute prise de médicaments pendant le temps scolaire, apporter obligatoirement les médicaments et l'ordonnance à l'infirmerie.**

**Interventions chirurgicales** (à préciser) .....

**Δ Vaccination** le vaccin DTP est obligatoire , **joindre la photocopie des vaccins.**

**Nom du médecin traitant** ..... n° de tél .....

**Tout retour dans la famille pour des raisons de santé** sera fait exclusivement par l'intermédiaire de l'infirmière. Sauf cas d'urgence (décision de l'infirmière ou autre), la famille sera contactée par l'établissement pour prendre en charge l'enfant blessé ou malade. En cas d'indisponibilité des parents, il sera acheminé vers le centre de soins le plus proche, par le moyen le plus adapté.

**Pour les voyages scolaires**, l'état de santé de votre enfant nécessite-t-il une prise en charge particulière ?  oui  non

si oui, laquelle ?.....

**SUIVI SPECIFIQUE**

orthophonie  psychomotricité  ergothérapie  psychologique  CMPP  autre (à préciser).....

**PAI (Projet d'Accueil Individualisé)**

> si votre enfant était déjà dans cet établissement, souhaitez-vous une reconduction à l'identique ?  oui  non

**Δ Si votre enfant a un traitement, donner les médicaments et l'ordonnance pour l'infirmerie.**

**PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)** handicap (à préciser).....

votre enfant bénéficie d'un **AESH** (Accompagnant d'Elève en Situation de Handicap)

**PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)**

> tb spécifiques des apprentissages  dyslexie  dysorthographe  dysgraphie  dyscalculie  dysphasie  dyspraxie

> tb de déficit de l'attention et hyperactivité  TDAH

**Livret EIP (Enfant Intellectuellement Précoce)**  **PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative)**

**Δ Si votre enfant est nouveau dans l'établissement, joindre la photocopie du dossier (PAI, PPS, PAP, Livret EIP, PPRE) et des bilans.**

**demande de 1/3 temps pour les examens** Fait à....., le.....

**Signature des responsables légaux**