

## FICHE MEDICALE

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

N° Sécurité sociale (de l'élève) : .....

### Personnes à prévenir en cas d'urgence :

	Père	Mère	Représentant légal	Autres personnes à prévenir
Nom				
Tel domicile				
Tel travail				
Tel portable				

### Vaccinations :

Date du dernier rappel Diphtérie, tétanos, polio : .....

Rougeole (dates 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> injections) : .....

Hépatite B (dates 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> injections) : .....

### Antécédents médicaux :

	Oui	Non	Traitement / suivi médical
Asthme			
Epilepsie			
Diabète			
Eczéma			
Allergies			
Autres maladies			



**Autres renseignements / situation de handicap :**

- Ne présente aucun handicap
- Présente des difficultés mais n'a jamais été pris en charge par un spécialiste.  
Indiquer les difficultés rencontrées : .....
- Présente un handicap.  
Merci de compléter la suite du questionnaire.

	Oui	Non	Observations / Nature du suivi	Durée et fréquence du suivi
Dyslexie (et autres dys)				
Déficit de l'attention				
Hyperactivité				
Autres handicap				

- ✓ Avez-vous bénéficié d'un accompagnement scolaire spécifique ? Indiquer le nombre d'heures par semaine.
  - AVS :
  - Enseignant spécialisé :
  - SSESAD :
  - Autre :
  
- ✓ Etes-vous titulaire d'un 1/3 temps ou d'un autre aménagement pour l'année en cours ? Si un aménagement des épreuves d'examen est envisagé, vous devez fournir un bilan orthophonique récent.
  - Oui
  - Non
  
- ✓ Avez-vous été scolarisé dans l'une des structures suivantes ?
  - SEGPA
  - Classe relai
  - CLIS
  - ULIS
  - Etablissement médico-social (IME, ITEP...)



**Médecin traitant :**

NOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Spécialiste (ORL, allergologue, orthophoniste...) :**

NOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Autorisation de soins :**

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur légal  
ou élève majeur \* déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence il sera fait appel au SAMU (15)  
et que le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées à l'état de mon  
enfant (ou à mon état de santé si je suis majeur).

Fait à ....., le .....

NOM : .....

*Signature*

(\*) rayer les mentions inutiles