



(Si vous le souhaitez, vous pouvez transmettre **des informations confidentielles sous enveloppe fermée**)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Future classe :

N° portable de l'élève : N° tél domicile :

N° portable père : N° portable mère :

N° professionnel et poste des parents :/.....

N° d'une personne susceptible de vous prévenir :

• Votre enfant est-il atteint d'une des maladies suivantes ? (**cocher uniquement si OUI**)

☐ affection respiratoire, cardiaque ou rénale

☐ épilepsie

☐ allergies (préciser :))

☐ hémophilie

☐ asthme

☐ maladie de Crohn

☐ diabète

☐ Autres : préciser

• Prend-il un **traitement** médical **régulièrement** ? ☐ OUI - ☐ NON si oui, lequel

• A-t-il subi une **intervention chirurgicale** ? ☐ OUI - ☐ NON Si oui, laquelle ? et quelle année ?

• Votre enfant bénéficiait-il l'année précédente d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ OUI - ☐ NON

• Votre enfant est-il porteur d'un **handicap** ? OUI - NON **Lequel** ?

• Est-il reconnu par la **MDPH** ? (Maison Départementale Personnes Handicapées) ☐ OUI - ☐ NON

Une demande à la MDPH est-elle en cours ? ☐ OUI - ☐ NON

Un dossier Gevasco a-t-il déjà été fait dans le précédent établissement ? ☐ OUI - ☐ NON

• Votre enfant est-il suivi en **consultation spécialisée** ? ☐ OUI - ☐ NON si oui, lesquelles (ex.: psychothérapie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, orthophonie....)

Nom et adresse du professionnel qui assure le suivi :

• Votre enfant présente-t-il un **trouble des apprentissages** ? ☐ OUI - ☐ NON

Si oui, précisez :

Cette information peut-elle être transmise à l'équipe pédagogique ? ☐ OUI - ☐ NON

• Votre enfant bénéficiait-il l'année précédente d'un **PAP** (Plan d'Accompagnement Personnalisé) ? ☐ OUI - ☐ NON

Si vous souhaitez des aménagements pédagogiques pour ce trouble des apprentissages, en faire la demande auprès de la direction.

• **Médecin traitant** : nom, adresse et n° de téléphone

• **Date de rappel du dernier vaccin antitétanique** (Boostrix, Repevax, Infanrix, Tetravac) :

Vaccinations : N'oubliez pas de joindre la photocopie du carnet de vaccination (pages 90 à 93) **lors de la 1ère inscription dans l'établissement.**



Les médicaments doivent être déposés à l'infirmier avec la photocopie de l'ordonnance.

En l'absence de l'infirmière, autorisez-vous un(e) CPE à les donner ? ☐ OUI - ☐ NON