

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 2023-2024



Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Vaccinations

Vaccins Obligatoires	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie		Hépatite	
Tétanos		ROR	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			
BCG			

- **Traitement médical :**

Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Pour quelle maladie ? :

- **Allergies :**

Votre enfant a-t-il une allergie ? OUI NON

Quel type d'allergie ?

- **Difficultés d'ordre scolaire :**

Votre enfant bénéficie-t-il : D'un **PAP** Protocole d'Accueil Particularisé ? OUI NON

Pour quel type de difficulté : Dyslexie Dysorthographe Dysgraphie
Dyspraxie Dyscalculie

Autres :

Votre enfant a-t-il un suivi MDPH ? OUI NON

Bénéficie-t-il d'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)

Pour quelle(s) raison(s) ?

Si tel est le cas, merci de prendre contact avec Mme UZAN Johanna par mail :

johanna.uzan@levenaiu.org

Je soussigné(e), Responsable légal de

L'enfant En classe de déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise, le cas échéant, le Chef d'établissement ou le responsable du séjour dans le cas d'un voyage à prendre toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

signature :