

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 2023-2024



Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

### Vaccinations

Joindre obligatoirement les photocopies du carnet de santé.

- **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](mailto:johanna.uzan@levenaiu.org)

---

### COUPON REPONSE

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 :