

**FICHE FACULTATIVE  
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS  
Année 2025 - 2026**

A remettre lors de l'inscription sous enveloppe cachetée  
à l'attention de l'infirmière scolaire

Si votre enfant est :

- ▶ Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire,
- ▶ Susceptible de prendre un traitement d'urgence,
- ▶ Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire ;

Il va de votre intérêt et de celui de votre enfant que cette fiche, soit parfaitement renseignée.

Nom et Prénom de l'enfant : ..... né(e) le : .....

Adresse : .....

**Pour vous prévenir, veuillez faciliter notre tâche en nous donnant les numéros de téléphone**

Responsable légal 1 : Portable /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Travail : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Responsable légal 2 : Portable /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Travail : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Maladie dont souffre votre enfant : .....

Observations particulières et suivi spécialisé (orthophonie, etc...), précautions particulières .....

.....

Traitement.....

Protocole d'urgence : ☐oui ☐non

Médecin prescripteur : .....

Téléphone du médecin prescripteur : .....

Médecin spécialiste : .....

Votre enfant relève-t-il de la MDPH ? ☐oui ☐non

**IMPORTANT**

**Rappel / Traitement**

Si votre enfant doit **prendre un traitement** durant le temps scolaire, vous devez **fournir** dans tous les cas **une copie de l'ordonnance**, ainsi qu'une **lettre manuscrite autorisant un personnel de l'établissement scolaire à donner le traitement** par voie orale.

**Les médicaments doivent être remis à l'infirmière ou à l'administration pour la durée du traitement.**

En fonction de ces renseignements, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour, si nécessaire, établir avec vous et formaliser selon les modalités prévues par les textes, les conditions d'accueil et de scolarisation adaptées à l'état de votre enfant.

**Vu et pris connaissance,  
Le Représentant légal**

**Date et Signature**