|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Suivi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Orthophonique****Psychologique** | **ATCD\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**□ **oui □ non****PAP Oui/ Non**□ **oui □ non****\*Si oui : CMPEA****MDA****Autres** | **Actuellement\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**□ **oui □ non****PAP □ oui □ non**□ **oui □ non****\*Si oui : CMPEA****MDA****Autres** |

 **\*** barrer la mention inutile

 **Autres Situations :**

 **Pathologie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Traitement médical : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Aménagements scolaires :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VACCIN** |  | **Date**  |
| Dyphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche  | Dernier rappel |  |
| Hépatite B | 3ème injection |  |
| Rougeole-Oreillons-Rubéole | 2ème injection |  |
| Papillomavirus Humain | 2ème injection |  |
| Méningocoque C |  |  |
| Autres  |  |  |

**Tiers à prévenir en cas d’urgences :**

**NOM / Prénom : …………………………………………………**

 **Tél :…………………………………………………..……………**

**Médecin traitant : ………………………………………………..**

**Tél : ……………………………………………………………….**

**L’élève présente-il ? Traitement :**

**Asthme : □ oui □ non ……………………………….…………**

**Épilepsie : □ oui □ non ………………………………………….**

**Diabète : □ oui □ non ………………………………….………**

**DG6PD : □ oui □ non …………………………………………**

**Allergie(s) : □ oui □ non ….………………………………………**

**Testé : □oui □ non ………………………………………….**

**Allergènes : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PAI □ oui □ non**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Suivi** | **ATCD** | **Actuellement** |
| **Ophtalmo** | □ **oui □ non** | □ **oui □ non**Corrections optique : oui/non |
| **ORL**  | □ **oui □ non** | □ **oui □ non**Appareils auditifs : oui /non |
| **Kiné** | □ **oui □ non** | □ **oui □ non** |