|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |