

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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Corrections optique : oui/non
ORL	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Appareils auditifs : oui /non
Kiné	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Suivi	ATCD	Actuellement
Orthophonique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non PAP Oui/ Non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non PAP <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Psychologique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non *Si oui : CMPEA MDA Autres	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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		