

**FICHE MEDICALE ACER**

**ELEVE A BESOINS PARTICULIERS DANS LE CADRE SCOLAIRE**

*Cette fiche doit figurer dans le dossier de l'élève.*

**ELEVE**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Date du certificat médical (joindre une copie) :**

**Nature du problème de santé :**

**Médicament-s à prendre régulièrement dans le cadre scolaire :**

**Besoins ou aménagements spécifiques souhaités dans le cadre scolaire :**

**Symptômes indiquant un malaise voire un cas d'urgence :**

Agissements du corps enseignant attendus en cas de malaise ou de cas d'urgence :

**CONTACTS EN CAS D'URGENCE**

**PARENTS OU REPRESENTANT LEGAL**

	<b>PÈRE</b>	<b>MERE</b>	<b>AUTRE REPRESENTANT LEGAL</b>
<b>Nom</b>			
<b>Prénom</b>			
<b>Lieu de domicile</b>			
<b>Téléphone privé</b>			
<b>Téléphone portable</b>			
<b>Téléphone professionnel</b>			
<b>Autre téléphone</b>			

**PROFESSIONNELS DE LA SANTE**

	<b>MEDECIN TRAITANT</b>	<b>AUTRE :</b>	<b>AUTRE :</b>
<b>Nom, Prénom</b>			
<b>Profession Spécialité</b>			
<b>Téléphone</b>			

Date : .....

Signature du représentant légal : .....

Date : .....

Signature de la direction: .....