

# Fiche médicale à remplir par la famille

A l'attention du médecin de la CDOEASD  
(garant du secret professionnel)

A rendre à l'école sous enveloppe cachetée avec le dossier CDOEASD

**Année scolaire 2025-2026**

Date : .....

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Etablissement scolaire : .....

Classe : .....

**Votre enfant a un (des) problème(s) de santé :**      oui      non

Lequel ou lesquels ? .....

**Il est suivi par :**

Votre médecin traitant :	oui	non	
Un médecin spécialiste :	oui	non	motif : .....
Un ophtalmologiste :	oui	non	motif : .....
Un ORL :	oui	non	motif : .....
Un pédopsychiatre :	oui	non	
Un orthophoniste :	oui	non	
Un psychologue:	oui	non	

Autre : .....

➤ Vous pouvez joindre sous-enveloppe, tout compte-rendu médical ou paramédical (orthophonie,...) pouvant aider à la compréhension des difficultés rencontrées par votre enfant.

**A l'école :**

Votre enfant prend-il un médicament ?      oui      non

Il est scolarisé avec un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** ?      oui      non

Il est scolarisé avec un **Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)** ?    oui      non

**n° téléphone de la famille :** ..... / ..... / ..... / .....

*(pour que le médecin de la CDOEASD puisse vous contacter)*

Nom du signataire :

mère

père

famille d'accueil