

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