



2023-  
2024

## Informations médicales





**Fiche de prise en charge des besoins médicaux spécifiques  
de l'élève  
dans le temps et l'espace scolaire.**

Nom et prénom de l'élève : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Classe : .....

Nom des parents ou du représentant légal :

.....  
.....

GSM : .....

.....

Adresse : .....

.....

Nom du médecin traitant :

.....

Tél. : .....

GSM : .....

Adresse : .....

.....

Administration des médicaments (noms, doses et horaires). Merci de fournir un document du médecin de famille attestant de cette admission.

.....  
.....  
.....

Type de pathologie : .....

.....  
.....

Signes nécessitant une intervention sans recourir à la procédure d'urgence :

.....  
.....

Signes nécessitant une intervention en urgence :

.....  
.....

*Date et signature*

**Fiche des intolérances et allergies alimentaires**

Votre enfant est-il intolérant à certains aliments ? OUI – NON

Votre enfant est-il allergique à certains aliments ? OUI – NON

**Si OUI, merci de compléter le tableau ci-dessous :**

	Allergique	Intolérant		Allergique	Intolérant
 Céréales contenant du gluten, à savoir: blé (comme épeautre et blé de Khorasan), seigle, orge, avoine ou leurs souches hybridées			 Fruits à coque, à savoir: amandes, noisettes, noix, noix de cajou, noix de pécan, noix du Brésil, pistaches, noix de Macadamia ou du Queensland		
 Crustacés			 Céleri		
 OEufs			 Moutarde		
 Poissons			 Graines de sésame		
 Arachides			 Anhydride sulfureux et sulfites en concentrations de plus de 10 mg/kg ou 10 mg/l		
 Soja			 Lupin		
 Lait (y compris le lactose)			 Mollusques		

Autre intolérance alimentaire : .....

Autre allergie alimentaire : .....

Traitement : .....