

## Note confidentielle de renseignements destinée au médecin de l'Education Nationale

### Identité de l'élève

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Sexe : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Ecole précédemment fréquentée : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_  
Téléphone portable parent 1 : \_\_\_\_\_  
Téléphone portable parent 2 : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### COMPOSITION DE LA FAMILLE

	Nom	Prénom	année de naissance	emploi actuel
Parent 1 :	_____	_____	_____	_____
Parent 2 :	_____	_____	_____	_____
Responsable Légal	_____	_____	_____	_____

Situation familiale  
 Parentale       Reconstituée       Mono parentale       Séparés  
 Divorcés       Autre

L'enfant vit chez : \_\_\_\_\_

Autres enfants composant la famille (nom, prénom, sexe, date de naissance)

Nom	Prénom	Sexe	Date de Naissance

Y-a-t-il des problèmes de santé dans la famille ?

Merci de remettre cette note à l'établissement scolaire pour le médecin de l'éducation nationale, sous pli cacheté afin que le secret médical soit respecté (si celle-ci n'a pas été envoyée sous enveloppe fermée, au préalable, au secrétariat médical du centre médico scolaire).

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- l'enfant a-t-il été hospitalisé ?      oui       non   
si oui précisez : \_\_\_\_\_
- l'enfant a-t-il eu des maladies graves ?      oui       non   
si oui précisez : \_\_\_\_\_
- l'enfant a-t-il été opéré ?      oui       non   
si oui précisez : \_\_\_\_\_
- l'enfant a-t-il été accidenté ?      oui       non   
si oui précisez : \_\_\_\_\_
- l'enfant suit-il un traitement ?      oui       non   
si oui, quels médicaments : \_\_\_\_\_
- l'enfant est-il suivi par un spécialiste ?      oui       non   
si oui précisez : \_\_\_\_\_
- l'enfant est-il suivi par un(e) orthophoniste ?      oui       non   
si oui précisez : \_\_\_\_\_
- l'enfant est-il suivi en CMP, CMPP, CAMSP, MDPH, autre... ?      oui       non   
si oui précisez : \_\_\_\_\_

Autres observations que vous souhaitez nous communiquer relatives à l'élève concernant sa santé ou son adaptation à l'école :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin traitant : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

DIRECTION DES SERVICES DEPARTEMENTAUX  
DE L'EDUCATION NATIONALE NORD

SERVICE MEDICAL  
EN FAVEUR DES ELEVES

## **Note confidentielle de renseignements**

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

Commune :

Classe :

Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, nous vous serions obligés de compléter cette note aussi précisément que possible.