

**FICHE CONFIDENTIELLE
ELEVE PRESENTANT UN PROBLEME MEDICAL
A REMPLIR PAR LA FAMILLE ET A REMETTRE DANS LE DOSSIER
D'INSCRIPTION SOUS PLI SI BESOIN**

**COLLÈGE
BUAILLE
CHARCOT**

**Le Principal,
P.MARIE,**

**La Principale
adjointe,
C.DUVAL**

Téléphone:
02 33 53 17 61

Mél.
ce.05020081
@ac-caen.fr

Site web
[https://buaille-
charcot.etab.ac-
caen.fr/](https://buaille-charcot.etab.ac-caen.fr/)



30, rue de la Buaille
BP 315
50100 CHERBOURG
EN COTENTIN



NOM et prénom de l'élève :
Classe : Né(e) le :

Votre enfant vit habituellement :

- Chez ses parents
- Chez sa mère
- Chez son père
- En garde alternée
- En famille d'accueil : Nom et Adresse.....
.....
.....

- Dans un foyer : Nom et Adresse.....
.....
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ELEVE

.....
.....

ALLERGIES :
.....

PRISE MEDICAMENTEUSE SUR LE TEMPS SCOLAIRE :

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

SUIVI SPECIALISE :

- Ophtalmologiste
- ORL
- Médecin spécialiste (allergologue, dermatologue, etc.)
- Suivi Orthodontie
- Rééducation (psychomotricité, Kinésithérapie, etc.)
- Suivi Orthophonique
- Suivi Psychologique
- Suivi Educatif

Signature :