

**NOM :**                      **PRÉNOM :**                      **CLASSE :**                      **FICHE SANTÉ**

	DÉTAILS	TRAITEMENTS (Joindre la copie de l'ordonnance délivrée par le médecin)	SUIVI ASSURE PAR (Joindre les bilans des spécialistes)
<b>ANTECEDENTS MEDICAUX OU CHIRURGICAUX</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>ALLERGIES</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>DÉFICIENCE</b> <input type="checkbox"/> Auditive <input type="checkbox"/> Visuelle <input type="checkbox"/> Autres			

**NOM :**                      **PRÉNOM :**                      **CLASSE :**                      **FICHE SANTÉ**

	DÉTAILS	AMÉNAGEMENTS A METTRE EN PLACE : 1/3 temps, matériel, AESH, ... (Joindre les PAP, Notification MDPH, ...)	SUIVI ASSURE PAR (Joindre les bilans des spécialistes)
<b>DIFFICULTÉ D'APPRENTISSAGE</b> <input type="checkbox"/> Dyslexie, Dysorthographe <input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> Dysgraphie <input type="checkbox"/> Dyscalculie <input type="checkbox"/> Dyspraxie <input type="checkbox"/> TDA (troubles de l'attention) <input type="checkbox"/> avec hyperactivité <input type="checkbox"/> sans hyperactivité <input type="checkbox"/> TED (trouble envahissant du développement)			
Autres :			