**Demande d’inscription – Informations médicales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etat de santé** | **Oui** | **Non** | **Spécifié** |
| Maladie chronique (asthme, diabète, insuffisance rénale, épilepsie…) |  |  |  |
| Déficience de la vision |  |  |  |
| Déficience de l’audition |  |  |  |
| Déficience de la motricité (IMC, myopathie, poliomyélite…..) |  |  |  |
| Difficultés d’apprentissage |  |  |  |
| Traumatisme crânien |  |  |  |
| Syndrome génétique |  |  |  |

**Suivi médical et paramédical**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Suivi** | **Oui** | **Non** |  |
| Pharmacologique (médicament spécifique) |  |  |  |
| Psychomoteur |  |  |  |
| Orthophonique |  |  |  |
| Orthopédagogique |  |  |  |
| Psychologique |  |  |  |

**Parcours académique**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Classe** | **Année scolaire** | **Etablissement** | **Résultat (moyenne)** | **Suivi paramédical** |
| Petite section |  |  |  |  |
| Moyenne section |  |  |  |  |
| Grande section |  |  |  |  |
| EB 1 |  |  |  |  |
| EB 2 |  |  |  |  |
| EB 3 |  |  |  |  |
| EB 4 |  |  |  |  |
| EB 5 |  |  |  |  |