



## Demande d'inscription – Service spécialisé

### Informations médicales et paramédicales

Nom et prénom de l'enfant : .....

Etat de santé	Oui	Non	A spécifier
Maladie chronique (asthme, diabète, insuffisance rénale, épilepsie...)			
Déficiences visuelle			
Déficiences auditive			
Déficiences motrice (IMC, myopathie, poliomyélite.....)			
Traumatisme crânien			
Syndrome génétique			
Autres			
Difficultés	Oui	Non	A spécifier
Difficultés d'apprentissage			
Difficultés comportementales			
Autres			

### Suivi médical et paramédical

<b>Prise en charge</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>A spécifier : date, fréquence, spécialistes, rapports</b>
Pharmacologique (médicament spécifique)			
Psychomotrice			
Orthophonique			
Orthopédagogique			
Psychologique			
Auxiliaire de vie scolaire (AVS)			

### Parcours académique

<b>Classe</b>	<b>Année scolaire</b>	<b>Etablissement</b>	<b>Résultat (moyenne)</b>	<b>Suivi paramédical</b>
Petite section				
Moyenne section				
Grande section				
EB 1				
EB 2				
EB 3				
EB 4				
EB 5				

Signature des parents

Signature du chef de département  
Muriel El Féghali