

Etablissement scolaire :

Classe :

Mettre cette feuille sous enveloppe compte tenu des renseignements médicaux qu'elle contient, et l'adresser à l'infirmière de l'établissement.

FICHE INFIRMERIE

NOM :

Prénom :

né(e) le :

Photo à
agrafer

DATE DE VACCINATION : (Joindre une photocopie des pages du carnet de santé comprenant les vaccinations DT POLIO et Rougeole-Rubéole-Oreillons, (et Hépatite B pour section ASSP)

Date du dernier rappel DT – COQ – POLIO :

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| VOTRE ENFANT PORTE T-IL DES LUNETTES ? | | |
| Si OUI Nom de l'ophtalmologiste qui le suit : | | |
| VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLEMES D'AUDITION ? | | |
| Si OUI Nom du médecin ORL qui le suit : | | |
| VOTRE ENFANT A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? | | |
| Lequel : | | |
| VOTRE ENFANT EST –IL ALLERGIQUE ? | | |
| Merci de préciser ce à quoi il est allergique: | | |
| VOTRE ENFANT EST –IL EPILEPTIQUE ? | | |
| VOTRE ENFANT EST –IL ASTHMATIQUE ? | | |
| VOTRE ENFANT A-T-IL UN TRAITEMENT MEDICAL REGULIER ? | | |
| Lequel : | | |
| VOTRE ENFANT A-T-IL UN SUIVI PARTICULIER ? | | |
| Orthophonie ? | | |
| Psychologue ? | | |
| Kinésithérapie ? | | |
| CMPP (Centre médico-psycho-pédagogique) | | |
| Autres ? (préciser) | | |
| VOTRE ENFANT BENEFICIE T-IL D'AMENAGEMENT SCOLAIRE ? | | |
| Projet personnalisé de scolarisation (PPS) | | |
| Programme personnalisé de réussite éducative (PPRE) | | |
| Plan d'accompagnement pédagogique (PAP) | | |
| Merci de prendre contact avec son professeur principal pour la mise en place | | |
| LA SANTE DE VOTRE ENFANT A T-ELLE NECESSITE, L'AN DERNIER, DES SOINS OU UN TRAITEMENT MEDICAL SUR LE TEMPS SCOLAIRE AVEC MISE EN PLACE D'UN PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) | | |
| Souhaitez-vous reconduire ce PAI ? | | |

En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU, et ce, non accompagné d'un adulte de l'établissement. Je serai très rapidement prévenu de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus

Signature des parents

A le

Nous vous remercions d'avoir rempli ce document, qui est très important pour le suivi de votre enfant.