



LPD Jean JOLY  
de la Rivière St Louis

## FICHE INFIRMERIE

à remettre à l'infirmière aux inscriptions

**SOUS ENVELOPPE**

avec la photocopie des vaccinations

### ELEVE

- Nom : ..... Prénom : .....
- Date de naissance :    /    /  
 Externe  Demi-pensionnaire
- Etablissement précédent :
- Classe année précédente :

### RESPONSABLE LEGAL 1

- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Code postal :
- Commune :
- Numéro de sécurité sociale :  
.....

### RESPONSABLE LEGAL 2

- Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- Code postal :
- Commune :
- Numéro de sécurité sociale :  
.....

### Médecin traitant :

- Nom et adresse .....
- Numéro de téléphone .....

### TABLEAU A COMPLETER

#### VACCINS :

- DTP                      Date :
- BCG                      Date :
- ROR                      Date :
- Hépatite                Date :
- Papilloma virus      Date :

### MALADIES CONNUES

- Asthme
- Diabète
- Epilepsie
- Allergies (lesquelles).....
- Autres : .....

**Merci de joindre la prescription médicale du traitement.  
Pour les ½ pensionnaires, les allergies alimentaires  
doivent être justifiées par un certificat médical.**

**Les élèves (sauf autorisation de l'infirmière) ne sont pas autorisés à avoir de médicaments**



- Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ? Si oui, laquelle : .....
- **En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Toute sortie d'hôpital doit se faire avec un responsable légal.
- Votre enfant est-il atteint d'un handicap ou trouble(s) nécessitant un aménagement particulier dans sa scolarité ?

Si oui lequel : .....

- Votre enfant bénéficie-t-il de :  PAI  PPS  PPRE  PAP  Autres (précisez).....

Et pour quelle(s) raison(s) : .....

(Merci de joindre une copie des documents)

- Si votre enfant bénéficie d'un suivi, veuillez cocher la ou les cases correspondante(s) :

- Orthophoniste       Ergothérapeute       Psychologue  
 CMPP       CMPEA       Autres (Précisez) : .....

Nom du ou des Spécialistes : .....

Observations particulières : .....

.....

Conformément à la circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003 relative à l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, un Projet d'Accueil Individualisé (**PAI**) peut être établi à **votre demande** afin de favoriser la scolarité de votre enfant.

**Ces renseignements permettront au service de santé de l'établissement de prodiguer les soins adaptés à votre enfant.**

Vu et pris connaissance.

Date : .....

Le(les) représentant(s) légal (aux).

Signature(s).