

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).