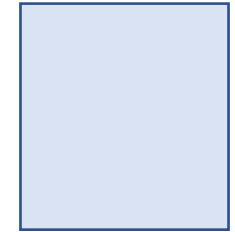




FICHE INFIRMERIE



AMENAGEMENTS DE LA SCOLARITE

L'élève bénéficie-t-il d'aménagements particuliers :

- **PAI** (Pathologie) : OUI NON (si OUI fournir le dossier-Projet d'Accueil Individualisé)
- **PPS-MDPH** (Handicap) : OUI NON (si OUI fournir tous les documents utiles : notifications, Gevasco...)
- **PAP** : OUI NON (si OUI fournir le dossier-Plan d'Accompagnement Personnalisé)

Pour tout aménagement, fournir un dossier complet à l'infirmière, dès la rentrée (notifications d'aménagements pour les examens, bilans orthophoniques, orthoptistes, Gevasco etc...)

Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque rentrée scolaire.

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom :
 Prénom :
 Né (e) le : _____ à _____
 Nationalité :

SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE

Etablissement fréquenté :
 Classe :

ENGAGEMENT

Je soussigné(e) Mme/M
responsable légal de l'enfant

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Commune : _____
 Profession : _____
 Tel Dom : Tel travail : GSM :

DATE :

SIGNATURE :

N° & adresse du centre de Sécurité Sociale :

N° & adresse de l'assurance scolaire :

Parents :	Mariés	Séparés	Divorcés
Nombre de sœurs	Nombre de frères		

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

ANTECEDENTS MEDICAUX

L'élève suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants ainsi que la fiche de renseignements médicaux confidentiels (Annexe 1).

L'élève a-t-il des allergies ?

Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres :

Si OUI précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Pathologies familiales :

Diabète : OUI NON

Cholestérol : OUI NON

Problèmes cardiaques : OUI NON

Autres :

Veuillez joindre les copies du carnet de vaccination.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Docteur :

Adresse :

Téléphone :