

FICHE INFIRMERIE

ANNEE SCOLAIRE 2024- 2025

Nom de l'élève:.....Prénoms:.....CLASSE:.....

Date de naissance:.....Sexe:.....

Adresse:.....

REGIME: Externe Demi-pensionnaire Interne

Etablissement scolaire d'origine:.....

PERE OU TUTEUR

Nom:.....Prénom:.....

Situation de famille:.....

Profession:.....

Tél.:0262.....Portable:069.....Email:.....

MERE OU TUTRICE

Nom:.....Prénom:.....

Situation de famille:.....

Profession:.....

Tél.:0262.....Portable:069.....Email:.....

ANTÉCÉDENTS

Interventions chirurgicales : (préciser la date)

.....

Existe-t-il un déficit?

Auditif Moteur Visuel Autres (précisez):.....

Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté un des problèmes suivants?

- Scoliose Convulsions/Epilepsie Asthme
- Diabète Cardiopathie Maladies articulaires
- Une maladie chronique Spasmodique
- Dyslexique, Dyspraxique, Dysorthographique, Dyscalculie (fournir un bilan orthophonique de moins de 2 ans)
- Autre:.....

- o Difficulté d'ordre:
- o Scolaire psychologique

Bénéficie-t-il d'un suivi?

CMPP Psychologue Orthophoniste Autre(précisez).....

Nom du spécialiste.....tel.....

Présente-t-il une allergie?

- o Respiratoire
- o Alimentaire(s)
- o Médicamenteuse

Autre:.....

A-t-il un traitement particulier ? Si oui, précisez:

.....

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé? oui non

Si oui, pourquoi ?.....

Quand?.....

Votre enfant prend-il un traitement régulièrement (entourez la bonne réponse)?

 oui non

(Si l'élève suit un traitement médical joindre une ordonnance récente de moins de 3 mois et les médicaments correspondants.)

En a-t-il besoin pendant son temps de présence dans l'établissement ? oui non

Votre enfant a-t-il une incapacité susceptible de lui interdire:

- o La pratique du sport?

Si oui nous fournir le certificat médical attestant de cette incapacité.

**En cas d'inaptitude ponctuelle ou annuelle d'EPS, il sera demandé aux élèves concernés de faire remplir le formulaire médical type du Rectorat (disponible à l'infirmerie)et de le remettre en mains propres à leur professeur d'EPS dans les 8 jours suivants l'arrêt des activités sportives.
 La dispense sera alors validée par l'établissement et l'élève devra assister Obligatoirement au cours d'EPS adaptée où il sera noté en pratiquant des activités physiques prenant en compte son handicap.**

Observations particulières:

Cochez la case si il a déjà bénéficié d'un:

- PAI (fournir la copie)
- En souhaitez-vous la reconduction?
- OUI
- NON

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement et/ou du service de santé scolaire en vue d'un accueil le mieux adapté à votre enfant:

- Changement de situation familiale.....
- déménagement.....
- événement susceptible d'avoir un retentissement sur la vie scolaire.....
-
- nécessité d'un temps supplémentaire aux devoirs sur table et/ou aux examens.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu' accompagné de sa famille.**

Ligne directe infirmerie : 02 62 92 95 31

Vu et pris connaissance,

Date:

Nom et Signature du ou des responsable(s)légal (légaux):