

## INFIRMERIE

### Fiche de renseignements

NOM :

Prénoms :

Date de naissance :

Médecin traitant :

1. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ? Oui  Non 
  - Asthme Oui  Non
  - Allergie Oui  Non 
    - o Aux médicaments Oui  Non
    - o Aux insectes Oui  Non
    - o Alimentaire Oui  Non
    - o Autres :.....
  - Autre maladie : Oui  Non
  
2. A-t-il un traitement médicamenteux ? Oui  Non 
  - Avec un projet d'accueil individualisé Oui  Non
  - Avec un protocole d'urgence ? Oui  Non
  
3. L'élève a-t-il un :
  - Projet personnalisé de scolarisation Oui  Non
  - Projet d'accompagnement personnalisé Oui  Non
  
4. L'élève a-t-il bénéficié d'un aménagement pour les examens ? Oui  Non
  
5. Y-a-t-il une situation particulière dont vous souhaiteriez parler à l'infirmière ?
  - Difficultés sociales Oui  Non
  - Difficultés familiales Oui  Non
  - Difficultés psychologiques Oui  Non
  - Suivi psychologique Oui  Non
  - Autres .....

**Merci de joindre la photocopie des vaccinations**

L'infirmière prendra contact avec vous si nécessaire