

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