

## 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.