

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELLE DESTINÉE A L'INFIRMIÈRE**

**NOM DE L'ÉLÈVE :** ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Classe : .....  
Adresse : .....  
N° de portable : .....

**Représentant légal 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : ..... Profession : .....  
Adresse : ..... Commune.....  
E-mail : ..... N° téléphone : .....

**Représentant légal 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Lien de parenté : ..... Profession : .....  
Adresse : ..... Commune.....  
E-mail : ..... N° téléphone : .....

\* En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche, **en nous donnant au moins un numéro de téléphone**. En cas d'urgence, le centre 15 est appelé.

Nom et n° tél. d'une personne susceptible de vous joindre : .....

**Composition de la famille, frères et sœurs :**

NOM	PRÉNOM	Date de Naissance	Établissement fréquenté
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX:**

Votre enfant est-il atteint d'une des maladies suivantes ?

- Affection respiratoire, cardiaque ou rénale  Préciser .....
- Diabète
- Allergies (alimentaire, médicament ...)  Préciser à quoi .....
- Asthme
- Épilepsie
- Autre (préciser) : .....

Votre enfant prend-il un traitement médical régulièrement ?  oui  non

Si oui, lequel ? .....



Merci de déposer à l'infirmerie le traitement avec l'ordonnance

**COMPLÉTER LE VERSO**

**PAI** Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé ?  oui  non

*Merci de nous transmettre le PAI et de nous contacter pour le renouvellement*

Votre enfant a-t-il **un handicap ?**  oui  non

Si oui préciser :

Moteur : ..... Auditif : ..... Visuel : ..... Autre : .....

Est-il connu de la MDPH ?  oui  non

Bénéficie-t-il d'un temps AESH ?  oui  non

*Merci de nous joindre les documents et notifications MDPH*

Votre enfant présente-t-il une **difficulté dans les apprentissages ?**  oui  non

Préciser : .....

**PAP** Votre enfant bénéficie-t-il d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé :  oui  non

*Merci de nous joindre le PAP de l'année précédente*

**NOM de l'établissement de l'année précédente :** .....

### **SUIVIS**

- Suivi orthophonique  oui  non

- Suivi éducatif  oui  non

*Nom et coordonnées de l'éducateur :* .....

- Suivi psychologique  oui  non Si oui,  privé  maison des adolescents  autre : .....

*Nom et coordonnées du professionnel :* .....

- Autres suivis :

.....  
.....

**Nom et n° de tél. du médecin traitant :** .....

**Vaccinations** : Date du dernier rappel DTP (diphtérie – tétanos – polio) .....

**Avez-vous autre chose à nous signaler pour une meilleure prise en charge de votre enfant ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date et signature des parents ou du responsable légal