

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