



FICHE INFIRMERIE

(à compléter et à remettre à l'infirmière avec la photocopie des vaccinations lors des inscriptions)

Nom de l'élève :

Prénoms :

Classe :

Nom du médecin traitant :

Tel :

Votre enfant souffre-t-il?

Asthme: Oui • Non •

Epileptie: Oui • Non •

Diabète: Oui • Non •

Maladie cardiaque: Oui • Non •

Autre:

.....

Allergie : Oui • Non •

Si oui à quoi :

A-t-il été suivi dans le passé par:

Suit-il Aujourd'hui

Orthophonie: Oui • Non •

Orthophonie: Oui • Non •

Ophtalmo: Oui • Non •

Ophtalmo: Oui • Non •

ORL: Oui • Non •

ORL : Oui • Non •

Kiné: Oui • Non •

Kiné: Oui • Non •

Psychologue: Oui • Non •

Psychologue: Oui • Non •

Autre:

Autre:

Peut-il faire du sport ? :

si Non lesquels : Tous les sports : Oui • Non •

Antécédents chirurgicaux:

Traitement médical :

Votre enfant a-t-il un traitement d'urgence ou doit-il avoir sur lui un traitement ? : Oui • Non

• Si oui voir l'infirmière à l'inscription.

Votre enfant a-t-il une reconnaissance d'handicapé avec la MDPH ?

Oui • Non •

Votre enfant présente-il des difficultés scolaires durables : difficulté en lecture, lenteur à l'écrit, écriture illisible, beaucoup de fautes en orthographe, problème en construction de graphisme

Oui • Non •

si oui veuillez lire la Fiche « Mise en place d'un PAP » et la remplir si besoin. Si votre enfant a une reconnaissance d'handicapé avec la MDPH le suivi du PPS se fera automatiquement.

Fait le à

Signature du responsable :

