

Votre enfant souffre t-il d'une maladie chronique ? (diabète, asthme, épilepsie, ...)

oui ☐ non ☐

Précisez :

.....
.....

Prend-il un traitement régulier ? Le prend-il sur le temps scolaire ?

oui ☐ non ☐

oui ☐ non ☐

Précisez :

.....
.....

Souffre t-il d'allergies ? Si oui lesquelles ?

.....
.....

Autres renseignements pouvant être utiles à l'infirmière et lui permettre de mieux connaître votre enfant:

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

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a t-il été mis en place ?

Formalité obligatoire pour tout élève qui nécessite des soins ou un traitement pendant le temps scolaire (cours, sorties, voyages)

.....
.....

SIGNATURE DE CHAQUE ADULTE EXERÇANT L'AUTORITÉ PARENTALE :



FICHE INFIRMERIE

PHOTO

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Niveau de Classe pour la prochaine année scolaire :

Situation familiale :

Mariés ☐ Pacsés ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Autres ☐ // Décédé(e) : ☐ Resp. 1
☐ Resp. 2

Responsable légal 1

Nom Prénom :

.....

Profession :

.....

Adresse :

.....

Tel domicile :

.....

Tel bureau :

.....

Tel mobile :

Responsable légal 2

Nom Prénom :

.....

Profession :

.....

Adresse :

.....

Tel domicile :

.....

Tel bureau :

.....

Tel mobile :

Personnes à contacter en l'absence des parents et autorisées à sortir le cas échéant l'enfant de l'établissement :

Nom et téléphone :

.....

Dernier établissement fréquenté : adresse complète

.....

.....

Année : Classe :

Joindre impérativement la photocopie du carnet de vaccination ou un justificatif médical des vaccinations obligatoires sauf PS déjà fournie (en l'agrafant à ce document)