



**FICHE INFIRMERIE**

**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 :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....                      Externe                       Demi pensionnaire

**Situation familiale :**

Marié(e)     Divorcé(e)                       Union libre                       Veuf (ve)

Père

Mère

Nom Prénom : .....

Nom Prénom : .....

Profession : .....

Profession : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Tel domicile : .....

Tel domicile : .....

Tel bureau : .....

Tel bureau : .....

Tel mobile : .....

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** (en l'agrafant à ce document)