

FICHE INFIRMERIE

2020/ 2021

NOM : **Prénom** :
Date de naissance : **Classe** :
Adresse où réside l'élève :

Identité responsable 1:	Identité responsable 2:
Adresse (si différente de l'élève) :	Adresse (si différente de l'élève) :
Téléphone : INDISPENSABLE	Téléphone : INDISPENSABLE

Si votre enfant présente un signe de COVID19, vous serez prévenu immédiatement. Si vous n'êtes pas joignable, merci de nous indiquer le nom et le numéro de téléphone d'une personne à contacter en urgence :

❖ Nom du médecin traitant :

1. Indications sur la santé de votre enfant :

Nom du spécialiste

- Lunettes (ou lentilles) : oui non
- Daltonien (problème de vision des couleurs) oui non
- Problème auditif oui non
- Problème de dos (préciser)
- Allergies :
 - Alimentaires : oui non
 - Autres : oui non
 - Préciser à quoi votre enfant est allergique :
- Autre problème (maladie, handicap, etc...).....

- Votre enfant présente-t-il un problème de santé type ASTHME : oui non

Si oui, nom du traitement :

En cas d'asthme à l'effort, pour les **cours d'EPS**, il est nécessaire d'apporter un **2^{ème} flacon** d'inhalateur ainsi que l'ordonnance médicale qui seront confiés à leur professeur d'EPS.

**TOURNEZ SVP
SUITE AU VERSO...**

2. L'élève a-t-il des médicaments à prendre sur le temps scolaire :

oui non

Si oui, un PAI (Projet d'Accueil Individualisé pour prise de Médicaments sur le temps scolaire) doit être mis en place, l'infirmière prendra contact avec vous

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) médical : oui non

Votre enfant bénéficie-t-il d'une Notification MDPH (Handicap) : oui non

Préciser le motif :

Le principal
Jean-Marie AMEL

Infirmierie

Affaire suivie par
Mme Prévotiaux

Téléphone collège
03.24.52.23.62
Fax
03.24.54.78.11

Web
Ce.0080839U@ac-reims.fr

3,rue Pasteur
08330 Vrigne-aux-Bois

 **IMPORTANT**

Par mesure de sécurité, **les élèves ne sont pas autorisés à conserver les médicaments sur eux**. Ces derniers seront confiés au bureau de la CPE accompagnés **du certificat médical** **quelque soit la durée du traitement** et l'élève pourra se soigner en cas de besoin.

Rappel (circulaire ministérielle du 10 décembre 1999 ; BO du **6 janvier 2000**) :
« une ordonnance médicale (ou copie) du médecin traitant doit être exigée pour un traitement à prendre pendant le temps de présence de l'enfant à l'école »

3. Votre enfant présente-t-il des difficultés, type « DYS » : oui non

Si oui, préciser le type de « DYS » :

A-t-il bénéficié d'un PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) : oui non

Nom de l'orthophoniste :

4. Votre enfant est-il suivi par :

	Nom du spécialiste
<input type="checkbox"/> Pédopsychiatre
<input type="checkbox"/> Psychologue
<input type="checkbox"/> Educateur
<input type="checkbox"/> Organisme (CMMP, Unité Ados, Centre de jour, Maison Des Ados).
<input type="checkbox"/> Autres :

Raison du suivi :

NOTE :

Si vous souhaitez rencontrer l'infirmière de l'établissement, veuillez cocher la case ci-dessous, elle vous contactera alors pour fixer un rendez-vous.

je sollicite un rendez-vous auprès de l'infirmière scolaire.

Ces informations sont confidentielles et ne peuvent être consultées que par l'infirmière ou le médecin scolaire. (possibilité de les mettre sous pli cacheté).

Le Principal
JM. AMEL.

Fait à, le

Signature(s) des représentants légaux :

