

FICHE INFIRMERIE

NOM : **Prénom :** **Né(e) le :**

NOM et numéro de téléphone du médecin traitant :

- **Votre enfant porte-t-il des lunettes?** Oui Non
Si OUI, date de la dernière consultation chez l'ophtalmologue :
- **Votre enfant a-t-il des problèmes d'audition connus?** Oui Non
Si OUI, nom du médecin ORL qui le suit :
- **Votre enfant suit-t-il un traitement médical régulier?** Oui Non
Si OUI, lequel? :
- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier?** Oui Non
(Ex. : Psychologique, pédopsychiatrique, orthophonique, kinésithérapique, ergothérapique) Merci de préciser le nom du professionnel ou la structure qui suit votre enfant :
- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS)?** Oui Non
- **Souffre-t-il d'une pathologie chronique nécessitant la mise en place d'un PAI?** Oui Non
(asthme, allergie, épilepsie, diabète, mucoviscidose, drépanocytose, traitement de longue durée,)

Dans ce cas, merci de prendre contact avec l'infirmière de l'établissement.

S'il a bénéficié d'un PAI l'an passé, souhaitez-vous le reconduire pour l'année scolaire à venir? Oui Non

- **Indications complémentaires sur la santé de votre enfant qu'il vous semble important de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement :**

En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté seul dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serai très rapidement prévenu(e) de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

Signature du responsable légal n°1

et / ou

Signature du responsable légal n°2

A le

A le