FICHE D'INFIRMERIE CONFIDENTIELLE

NOM : **Classe :**
PRENOM :
Né(e) le : à :
☐ **Interne** ☐ **Demi-pensionnaire** ☐ **Externe**
Adresse :……..
……..……

PHOTO
D'IDENTITE
A COLLER

Téléphone : ……

Parents : Mariés – Divorcés – Séparés – Célibataires – Remariés

NOM et Prénom du Père : …….

Date de Naissance : .....

Profession du Père : ……...

NOM et Prénom de la Mère : …….

Date de naissance:.....

Profession de la Mère : …….

Nom et Prénom des enfants	Date de naissance	Profession	Etat de santé

Les vaccinations doivent être à jour et obligatoire : DT POLIO
Vaccination conseillé : BCG
Pour le BAC Pro ASSP, la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire.

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ oui ☐ non
A-t-il des problèmes d'audition ? ☐ oui ☐non
A –t-il des problèmes de dyslexie ? ☐ oui ☐non
A –t-il des problèmes de dysorthographie ? ☐ oui ☐non
A –t-il des problèmes de dyscalculie ? ☐ oui ☐non
A –t-il des problèmes de dyspraxie ? ☐ oui ☐non

Renseignements concernant les PAI et les PAP :
Votre enfant a-t-il déjà eu un PAI (Maladie/Allergie**)** ☐ oui ☐ non
et/ou a-t-il déjà eu un PAP (Dyslexie/Dyspraxie) ☐ oui ☐ non

A-t-il eu les maladies suivantes ?
RUBEOLE-OREILLONS-MONONUCLEOSE-ROUGEOLE-HEPATITE VIRALE-RHUMATISMES ARTICULAIRES AIGUS

A-t-il eu d'autres problèmes particuliers ?
ASTHME-ALBUMINE-DIABETE-EPILEPSIE-TETANIE-PROBLEMES CARDIAQUES-PROBLEMES DE DOS

A-t-il des allergies ? si oui, lesquelles ? Quel traitement en cas de crise ? (joindre l'ordonnance du médecin)
……
……

Autres problèmes de santé
……
……

Suit-il un traitement particulier ? Lequel ? (joindre l'ordonnance)
……
……

Est-il suivi par un psychologue ?
Nom du psychologue :
N° de téléphone :

En cas de problème de santé, sans notion d'urgence, nous faisons appel aux familles pour emmener consulter l'élève. Les frais médicaux et pharmaceutiques, ainsi que le transport des enfants pour des soins médicaux sont à la charge des familles.
A , Le
Signature du responsable