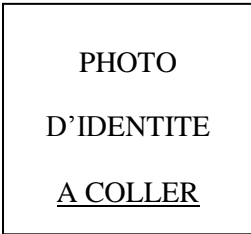


**FICHE D'INFIRMERIE CONFIDENTIELLE**

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



Téléphone : .....

Parents : Mariés – Divorcés – Séparés – Célibataires – Remariés

**NOM et Prénom du Père :** .....

Profession du Père : .....

**NOM et Prénom de la Mère :** .....

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 dysorthographe ?     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 (plan d'accueil individualisé)     oui     non  
 et/ou a-t-il déjà eu un PAP (projet d'accueil personnalisé)     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