

## FICHE D'INFIRMERIE

**Nom** ..... **Prénom** .....

**Date de naissance** : ..... **Classe** : .....

**Nom et ville du dernier établissement scolaire fréquenté** : .....

### MEDECIN TRAITANT

Nom : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

### VACCINATIONS

**Diphtérie Tétanos Polio** : Date du dernier rappel : .....

Autres vaccinations conseillées : BCG : .....

Hépatite B : .....

Méningocoque : .....

#### INDICATIONS particulières au sujet de l'état de santé de votre enfant

- Port de lunettes      oui  non

- Asthme                      oui  non

Si oui, précisez, quel traitement : .....

- Traitement médical permanent      oui  non

Si oui, lequel : .....

Si votre enfant doit prendre un traitement, régulier ou non, pendant les heures de présence au Collège, **les médicaments et un double de l'ordonnance** doivent être apportés à l'infirmière.

- Intolérance à certains médicaments : .....

<b>ALLERGIES</b>	
<u>Médicamenteuses</u>	<u>Alimentaires</u>
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui lequel :	Si oui régime particulier oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Précision du régime alimentaire :
	Un PAI (Plan d'Accompagnement Individuel) a-t-il été mis en place ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

- **Allergies** :

Traitement suivi : .....

- Autres renseignements que vous souhaitez communiquer : .....

- Autres observations ou précautions particulières à prendre : .....

L'élève est-il suivi par un **orthophoniste**, et si oui pour quel trouble ?

- Un PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) a-t-il été mis en place après le trouble défini ?

oui  non

**Dans le cas de troubles de santé évoluant sur une longue période**, la famille est invitée à prendre contact avec l'établissement, dès les formalités d'inscription, en vue d'un entretien avec l'administration du collège, et l'infirmière de l'établissement en collaboration avec le médecin scolaire afin de prendre en compte la situation médicale de l'enfant (traitements ou soins particuliers, besoins spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence) et ce dans le respect de la confidentialité.

**Date** : \_\_\_\_\_

**Signature des parents** :