

Classe 2020-2021
Ou établissement d'origine :

Classe 2021-2022
(A renseigner par l'administration)



Haute-Garonne
académie
Toulouse

Adresse
20 rue Henri Martin
BP 80084
31703 BLAGNAC CEDEX

DOSSIER INFIRMERIE – FICHE DE RENSEIGNEMENTS

FICHE CONFIDENTIELLE

(A REMETTRE SOUS ENVELOPPE)

1 - L'ÉLÈVE

NOM de l'élève : Prénom :
Né(e) le :

2 – RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL :

LIEN avec l'élève : PERE-MERE-TUTEUR-TUTRICE-AUTRES (Préciser) (Rayer les mentions inutiles)

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone du responsable 1 : Portable :
Téléphone professionnel :
Profession :

RESPONSABLE LEGAL :

LIEN avec l'élève : PERE-MERE-TUTEUR-TUTRICE-AUTRES (Préciser) (Rayer les mentions inutiles)

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Téléphone du responsable 2 : Portable :
Téléphone professionnel :
Profession :

En votre absence, autre personne autorisée à prendre l'enfant en charge :

NOM – Prénom : Tél. :
NOM – Prénom : Tél. :

3 – VACCINATIONS

Joindre une photocopie attestant des vaccinations (voir carnet de santé ou certificats médicaux) au nom, prénom et date de naissance de l'élève.

Date de la dernière vaccination DT POLIO :

4 – AUTRES RENSEIGNEMENTS

Maladies antérieures :

Maladies traitées et médicaments :

Opérations chirurgicales :

• Asthme : OUI NON Si OUI : Traitement :

Si besoin de ce traitement sur le temps scolaire, contacter l'infirmière pour mettre en place un protocole PAI

Déficit : ✓ Auditif : OUI NON

Appareil Auditif OUI NON

✓ Moteur : OUI NON

A-t-il des difficultés à se déplacer ? OUI NON

• Problème visuel : OUI NON

✓ Lunettes : OUI NON

✓ Lentilles : OUI NON

• Est-il / Est-elle ? Diabétique

Porteur d'une maladie chronique entraînant des difficultés au quotidien

Si oui laquelle.....

Spasmophile

Epileptique

• Présente-t-il des allergies : Alimentaires, lesquelles.....

Médicamenteuses, lesquelles.....

Autres allergies, lesquelles.....

Votre enfant a-t-il besoin d'un traitement en lien avec cette allergie ? OUI NON lequel :

Autres problèmes (ex : dyslexie, dyscalculie...) :

. Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi Orthophonie Psychomotricien Autres :

. Votre enfant bénéficie –t-il : (cocher la réponse)

P.A.I (Protocole d'Accueil Individualisé) 2019-2020 oui non A renouveler oui non

P.P.S (Plan Particulier de Scolarisation) 2019-2020 oui non A renouveler oui non

P.A.P (Plan Accompagnement Personnalisé) 2019-2020 oui non A renouveler oui non

Si non, souhaitez-vous en faire la demande : OUI NON si oui contacter le collègue

Nom et adresse du Médecin traitant et numéro de téléphone :

5 – TRAITEMENT

Je déclare avoir pris connaissance du fait que mon enfant ne doit conserver aucun médicament même les plus « ordinaires » sur lui ou dans ses affaires. Il doit obligatoirement les déposer à l'infirmier avec l'ordonnance du médecin traitant où ils seront délivrés selon la prescription médicale. Dans le cas où mon enfant doit absolument conserver son traitement sur lui, je m'engage à fournir un certificat médical l'attestant.

Pour tout élève porteur ou souffrant de maladie chronique, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) peut être mis en place par le médecin scolaire.

Signature des parents ou du tuteur :

Evènements ou antécédents qui risquent d'avoir des conséquences sur la santé ou la scolarité de l'élève :

Problèmes psychologiques :

✓ Préciser le nom et n° de téléphone du spécialiste :

Problèmes familiaux :

Problèmes médicaux :

Autres :

Il est nécessaire de signaler les changements éventuels survenant en cours d'année scolaire.