

Fiche Infirmerie

NOM : _____ Prénom : _____

Classe : _____ Date de naissance : _____

Vaccinations :

D.T. POLIO : _____

BCG : _____

Hépatite B : _____ R.O.R : _____

Antécédents médicaux :

1) L'élève a-t-il (elle) un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) l'année précédente :

Non Oui Si oui, pour quel motif ? _____

2) Accidents antérieurs graves :

3) Interventions chirurgicales :

4) Allergies :

5) L'élève suit-il (elle) un traitement : Non Oui Si oui, pourquoi :

Médicaments prescrits :

Maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire :

Handicap ou maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire : Non Oui Si oui, lesquels :

Date et signature du responsable légal :

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière de l'établissement.