





## FICHE INFIRMERIE

(à mettre sous enveloppe et àagrafer à la fiche d'urgence)

Nom de l'élève : .....Prénom : .....  
Né(e) le : .....Classe : .....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie ? Oui ☐ Non ☐  
asthme ☐ diabète ☐ spasmophilie ☐ épilepsie ☐ rhumatisme ☐  
maladies : neurologique ☐ digestive ☐ cardiaque ☐ respiratoire ☐ orthopédique ☐

Si oui précisez :

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? Oui ☐ Non ☐  
Si oui lesquelles ? .....  
Traitement : .....  
Votre enfant prend-il habituellement des médicaments ? Oui ☐ Non ☐  
Si oui, lesquels ? .....  
Traitement : .....  
Votre enfant suit-il un régime particulier ? Oui ☐ Non ☐  
Si oui, précisez lequel : .....  
Votre enfant a-t-il une prise en charge spécifique (kiné, orthophoniste, psychologue, coach.....) ?  
Oui ☐ Non ☐  
Si oui, précisez : .....

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux, chirurgicaux ou psychologiques ? Oui ☐ Non ☐  
Précisez, si vous le souhaitez : .....

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé) l'année dernière Oui ☐ Non ☐

Souhaitez-vous renouveler ou mettre un place un PAI ? Oui ☐ Non ☐

Votre enfant a-t-il une difficulté qui pourrait gêner sa scolarité ?  
Difficulté d'audition ? Oui ☐ Non ☐  
Difficulté à voir le tableau ou devant les écrans ? Oui ☐ Non ☐  
Porte-il des lunettes ? Oui ☐ Non ☐  
Difficultés de sommeil Oui ☐ Non ☐  
Autres difficultés, précisez.....  
Votre enfant souffre-t-il de troubles des apprentissages (dyslexie, dyspraxie, dysorthographe, dyscalculie...) ?  
Oui ☐ Non ☐  
Précisez .....  
Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement du temps au brevet ? Oui ☐ Non ☐  
A-t-il bénéficié d'un PAP (Plan d'accompagnement Personnel) ou d'un PPS (projet personnalisé de scolarisation) ?  
Oui ☐ Non ☐  
Souhaitez-vous reconduire ou mettre en place un : PAP ☐ PPS ☐

**Vous pouvez contacter directement l'infirmière, Madame Gondret au 01 69 25 59 57**

DATE : .....SIGNATURE : .....