

ANTECEDENTS

Médicaux :

Chirurgicaux :

EXISTE-T-IL UN DEFICIT ?

Auditif :

Visuel :

Moteur :

EST-T-IL ?

Diabétique :

Spasmophile :

Epileptique :

Asthmatique :

Allergique :

A-T-IL UN TRAITEMENT D'URGENCE ?

Si oui, fournir le traitement d'urgence et l'ordonnance dès la rentrée.

AUTRE PROBLEME :

Si vous souhaitez que votre enfant bénéficie

- d'un PAP (plan d'accompagnement personnalisé) ou de son renouvellement,

- d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ou de son renouvellement,

Veuillez en faire la demande auprès du Chef d'établissement dès la rentrée .

Date, nom et signature du responsable légal

FICHE CONFIDENTIELLE

VS 13

INFIRMERIE 2017/2018

A remettre sous enveloppe

CLASSE.....

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Etablissement précédent :

Interne : Demi-Pensionnaire : Externe :

SITUATION DE FAMILLE

Nom prénom profession du père :

.....

Nom prénom profession de la mère :

.....

Nom du responsable légal :

Domicile :

Téléphone du domicile :

Portable du père :

Portable de la mère :

Autre numéro (parents, amis...)

(Il est important de toujours pouvoir joindre quelqu'un)

MEDECIN DE FAMILLE

NOM :

Téléphone :

Joindre une photocopie des vaccinations , de l'attestation
Sécurité Sociale et Mutuelle.