

FICHE SANTÉ Année Scolaire 20__ / 20__

Cette fiche confidentielle est à remettre avec la **photocopie du carnet de vaccination** sous **enveloppe cachetée ou par mail à l'infirmière** ; ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Classe à la rentrée :

→ Souhaitez-vous être contacté par l'infirmière ? OUI NON

Etablissement fréquenté l'an dernier et VILLE de l'établissement :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX :

(Exemple : asthme, épilepsie, migraines, diabète, difficultés psychologiques, opération...)

TRAITEMENT(S) : Votre enfant prend t-il des médicaments actuellement NON OUI, précisez : _____

Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmierie avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance.

ALLERGIES :

L'élève a-t-il des allergies :

Médicamenteuses ?	<input type="checkbox"/> NON	OUI, précisez :
Alimentaires ?	<input type="checkbox"/> NON	OUI, précisez :
Autres ?	<input type="checkbox"/> NON	OUI, précisez :

PAI : Projet d'accueil individualisé : entourer la réponse

- A-t-il déjà bénéficié d'un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ? **OUI** **NON**

Si oui, merci de bien vouloir le joindre (si votre enfant arrive d'un autre établissement) et prendre contact avec l'infirmière.

- Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? **OUI** **NON**

PPS : Projet personnalisé de scolarisation : entourer la réponse

Votre enfant avait-il un PPS les années précédentes ? OUI NON

A-t-il eu une AESH et/ou du matériel pédagogique adapté les années précédentes ? OUI NON

Si oui merci de bien vouloir joindre le **dernier PPS et la dernière notification MDPH** (si votre enfant arrive d'un autre établissement)

Récapitulatif des différents troubles de la santé que présente éventuellement l'élève : Entourer la réponse

• Trouble de l'attention + ou - hyperactivité (TDA/THA)	OUI	NON
• Déficience visuelle ?	OUI	NON
• Déficience auditive ?	OUI	NON
• Trouble du psychisme ? (Dépression, phobie, troubles alimentaires, obsession, maladie psy ...)	OUI	NON
• Trouble du spectre de l'autisme (TSA) ?	OUI	NON
• Autre ? Précisez : _____		

Troubles concernant l'apprentissage, PAP Entourer la réponse ATTENTION ce ne sont pas des problèmes de santé, pour tout dossier ou pour toute question concernant ces troubles merci de bien vouloir **vous adresser à la CPE ou à l'enseignant principal** :

• Dyslexie ?	OUI	NON
• Dysorthographe ?	OUI	NON
• Dyscalculie ?	OUI	NON
• Dyspraxie ?	OUI	NON
• Dysgraphie ?	OUI	NON
• Dysphasie ?	OUI	NON

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé :

Fait à :,

le :

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur :
