

FICHE INFIRMIERIE CONFIDENTIELLE

Destinée aux infirmières
de l'Éducation Nationale de l'établissement

ÉLÈVE

Classe :

Nom Prénom :

Adresse principale :

N° Sécurité Sociale :

RESPONSABLE LÉGAL 1

RESPONSABLE LÉGAL 2

Qualité/ Nom Prénom :Qualité/ Nom Prénom :

Profession :Profession.....

Tel Domicile :Portable :

Travail :Travail :

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT (Nom, Prénom, adresse)

SANTÉ

* L'élève est-il atteint d'une pathologie nécessitant la mise en place d'un PAI (Plan d'Accompagnement Personnalisé) ? OUI NON

Si OUI, précisez la pathologie :

Pour les nouveaux élèves, merci de bien vouloir fournir une photocopie du PAI déjà en place l'année précédente.

Il appartient aux familles de faire la demande de reconduction de ce dispositif. Elles sont donc invitées à prendre contact avec les infirmières. Sans PAI complété et signé par un médecin, aucun traitement ne sera administré.

* L'élève a-t-il des allergies :

Alimentaires : OUI NON Si oui, lesquelles.....

Médicamenteuses : OUI NON Si oui, lesquelles.....

Autres : OUI NON Si oui, lesquelles.....

* L'élève prend-il des médicaments ? OUI NON Si oui, lesquels.....

Merci de nous fournir obligatoirement une photocopie de l'ordonnance en cours, ainsi que les traitements, dès le jour de la rentrée s'il doit les prendre sur le temps scolaire.

* Votre enfant est-il suivi par un pédopsychiatre/ psychiatre/ psychologue/ structure d'aide ? Si oui, précisez :

