

Infirmière : M<sup>me</sup> GUILLARD : 06.66.40.27.85

**2020 / 2021**

**FICHE INFIRMERIE  
CONFIDENTIELLE**

**(à remettre sous pli cacheté )**

Nom : ..... Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Sexe : ..... né(e) le ..... à .....

Classe en 2020-2021 : .....

Portable élève : .....

Externe

Demi pensionnaire

Interne

Établissement et classe fréquentés en 2018-2019 : .....

Contact en cas d'urgence : Nom et Prénom : .....

 : .....

Autre personne ayant la charge éventuellement de l'élève (éducateur, foyer, famille d'accueil, ) :

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES**

Vaccinations :

Date du BCG : ..... Date du dernier rappel DT Polio : .....

Date des vaccinations ROR : 1<sup>ère</sup> injection : ..... 2<sup>ème</sup> injection : .....

Antécédents médicaux de l'élève :

Allergies si oui, lesquelles :

Asthme  Déficience auditive  Diabète  Déficience visuelle  Épilepsie  Dyschromatopsie

Dys(lexie, graphie.....)  Cardiopathie  Tiers Temps  TED  PAP  PAI

Suivis spécifiques :

Orthophonie

Psychologie

Psychomotricité

Médecin traitant : Nom \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

**(Si vous avez des observations, des informations particulières au sujet de la santé de votre enfant, veuillez joindre un courrier à ce document, ou une lettre du médecin traitant). Merci.**