

**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.

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Date de naissance :</b>	<b>Classe à la rentrée :</b>

→ 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/THDA)	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 :