

Nom :

Prénom :

Niveau à la rentrée 2024 :

☐ 3^{ème} PM ☐ 2^{nde} ASSP ☐ 2^{nde} MTNE ☐ CAP électricité 1^{ère} année
☐ 1^{ère} ASSP ☐ 1^{ère} CIEL ☐ Terminale ASSP
☐ Terminale SN ☐ CAP électricité 2^{ème} année

FICHE DE SANTE SCOLAIRE infirmerie **(CONFIDENTIELLE)**

Si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.
- Susceptible de prendre un traitement en urgence.
- Atteint d'un handicap (ou d'une maladie chronique) pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

Il est important dans l'intérêt de votre enfant que cette fiche soit parfaitement renseignée.

- Votre enfant a-t-il des problèmes de santé (pathologie, allergie) ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui préciser :

- Y a-t-il un traitement d'urgence ? ☐ OUI ☐ NON

- Votre enfant a-t-il un traitement médical sur le temps scolaire ? ☐ OUI (joindre l'ordonnance) ☐ NON

- Votre enfant a-t-il des antécédents chirurgicaux ? ☐ OUI ☐ NON

si oui lesquels et quand ? :

- Votre enfant a-t-il une prise en charge extérieur ? (psychologue, orthophoniste..) ☐ OUI ☐ NON

Nom et spécialité

tel :

Dans le cadre du secret professionnel, autorisez-vous l'infirmière à les contacter si besoin : ☐ OUI ☐ NON

- Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté un des troubles des apprentissages ? ☐ OUI ☐ NON

si oui lesquels ? :

- Votre enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ OUI ☐ NON

• **Votre enfant a-t-il une incapacité susceptible de lui interdire :**

- La pratique du sport ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, nous fournir le certificat médical attestant de cette incapacité

• **Vaccinations :** Joindre la photocopie du carnet de vaccinations

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique DTP :

VU ET PRIS CONNAISSANCE le :

Signature du représentant légal

Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis sous pli cacheté à l'infirmière de l'établissement.