

Nom : Prénom :

Niveau à la rentrée 2025 : 3ème PM ☐ 2nde ASSP ☐ 2nde MTNE ☐
 CAP électricité 1ère année ☐ 1ère ASSP ☐ 1ère CIEL ☐
 Terminale ASSP ☐ Terminale CIEL ☐ CAP électricité 2ème année ☐

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

Si votre enfant souhaite la mise en place d'un PAI pour votre enfant (si prise de médicament(s) régulière ou non, et/ou protocole d'urgence), merci de contacter l'infirmière le plus rapidement et au plus tard le jour de la rentrée de votre enfant.

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.