



Document confidentiel à remettre sous enveloppe,
si vous le souhaitez

INFIRMERIE

NOM : _____

Prénom : _____

Classe : _____

Date de naissance : _____

* *Entourez votre réponse*

Nom et adresse de l'établissement précédemment fréquenté :

En cas de décès d'un membre de la famille, indiquer le lien de parenté et si possible la cause.

L'enfant a-t-il un problème de santé particulier :*

Diabétique ? oui non

Asthmatique ? oui non

Hémophile ? oui non

Epileptique ? oui non

Allergique ? oui non

Autres ? (préciser)

si oui, préciser :

L'enfant bénéficie-t-il d'un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) ? *
Oui Non

Si oui, merci de préciser le motif :

Si non, souhaitez-vous en faire la demande ? * Oui Non

L'enfant a-t-il des antécédents chirurgicaux ? * Oui Non

Si oui, lesquels ?

Votre enfant suit-il un traitement régulier ? * Oui Non
Si oui, préciser le traitement (nom et quantité par jour)

SUIVI INFIRMIER

L'enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge au CMP ou CMPP ? * Oui Non
Si oui, merci de préciser le motif de la prise en charge :

L'enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge en libéral :

1 - psychologue : fréquence ?

2 - pédopsychiatre : fréquence ?

3 - orthophoniste fréquence ?

4 - autres :.....

Y-a-t-il pour votre enfant un diagnostic des troubles des apprentissages type
dyslexie, dysorthographe, dysphasie, dyspraxie, ... ?
Préciser :

Si oui, bénéficie-t-il d'un aménagement pour sa scolarité (PAP : Projet
d'Accompagnement Pédagogique, PPS : Projet Personnalisé de Scolarité)?