

**DOCUMENT CONFIDENTIEL**

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : .....Ext/ DP/ In Date de Naissance : ..... N° de téléphone élève: .....

Année précédente : classe..... Etablissement : .....

**Nom et n° de téléphone (fixe et portable) des personnes à contacter en cas d'urgence susceptibles de prendre en charge l'élève.**

- N° mère.....
- N° père .....
- Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement.....
- **Nom et téléphone du médecin traitant**.....

Merci de m'indiquer si votre enfant présente

- **Antécédents médicaux/chirurgicaux**.....
- **Allergies**.....
- **Asthme**.....
- **Traitement**.....
- **Hospitalisation**.....
- **Suivi particulier** : Merci de m'indiquer le nom de la structure ou du professionnel qui suit votre enfant.....

*En fonction de ces renseignements, vous serez contactés par l'infirmière ou le médecin scolaire pour, si nécessaire, établir avec vous les conditions d'accueil et de scolarisation adaptées à l'état de santé de votre enfant.*

**PAI** OUI NON

**PPS** OUI NON

**PAP** OUI NON

**Les élèves avec un PAI doivent venir se faire connaître dès la rentrée à l'infirmierie.**

**Les élèves ne doivent pas avoir de traitement en leur possession, les traitements doivent être laissés à l'infirmierie et seront mis à disposition de l'élève seulement avec ordonnance récente et PAI complet.**

**Vaccination** : Joindre **obligatoirement** une photocopie du carnet de vaccination

Tout renseignement confidentiel complémentaire peut être transmis sous pli cacheté à l'infirmière tout au long de l'année.

Date : ...../...../20.....

Signature du représentant légal :

Signature de l'élève :