

**CE DOCUMENT EST STRICTEMENT CONFIDENTIEL**  
**Il est à remettre sous pli cacheté**  
**à l'attention du médecin et de l'infirmière du collège**  
**avec les documents d'inscription**

La prise en compte de la Santé des Elèves au Collège permet la recherche des meilleures conditions d'accueil et d'élaboration du projet professionnel éventuel.

L'infirmière, qui assure des permanences au Collège et l'un des deux médecins scolaires, sont disponibles pour tout contact plus personnalisé avec les familles qui le souhaiteraient. Vous pouvez les joindre en appelant le secrétariat du collège ou celui du Service de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves (coordonnées ci-dessous).

**FICHE MEDICALE D'INFIRMERIE 2019 - 2020**

**ELEVE :**

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

Qualité : –Demi-pensionnaire – Externe –

Date de la dernière vaccination antitétanique : .....

Dates des vaccinations R.O.R. : .....

**PARENTS OU RESPONSABLES :**

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

Profession : .....

Tél du domicile : .....

Tél du travail Père : ..... Mère : ..... Responsable : .....

**MEDECIN TRAITANT :**

NOM : ..... Tél : .....

Adresse : .....

**TOURNER LA FEUILLE SVP**

**1/ Votre enfant a-t-il :**

- ◆ des maladies chroniques (asthme- diabète...) ? OUI  NON   
Lesquelles ? .....
- ◆ eu des interventions chirurgicales ? OUI  NON   
Lesquelles ? .....
- ◆ un traitement ? OUI  NON   
Lequel ? .....
- Pour quelle maladie ? .....
- .....

**2/ Doit-il prendre un traitement au collège ?** OUI  NON  Lequel ? .....

Je soussigné, M. ou Mme .....  
Père ou mère de l'élève ..... en classe de ..... autorise le  
personnel du collège Desaix à administrer le traitement selon la prescription médicale.  
Signature

(Joindre obligatoirement la prescription médicale)

**3/ Votre enfant est-il dispensé d'EPS à l'année ?** OUI  NON

Pourquoi ? .....

**4/ Votre enfant a-t-il un problème important de vision ou d'audition ?** OUI  NON

(Joindre le dernier bilan ORL ou ophtalmologique)

**5/ Votre enfant a-t-il des problèmes d'allergies ?** OUI  NON

Lesquels : .....  
(Veuillez donner des renseignements précis notamment en cas d'allergie médicamenteuse ou alimentaire)

**6/ Votre enfant a-t-il eu un protocole d'accueil individualisé en 2017/2018 (PAI) ?**

(Circulaire du 08/09/03) (allergies alimentaires, diabète, asthme sévère, épilepsie...)

OUI  NON  Pour quelle pathologie ? .....

Si oui, veuillez apporter à l'infirmerie la trousse d'urgence avec le PAI de l'année précédente et les médicaments d'urgence non périmés pour l'année scolaire 2018/2019

**7/ A la demande des parents, un protocole d'accueil individualisé peut être établi par le médecin scolaire. Souhaitez-vous qu'il soit établi ?** OUI  NON

**8/ Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet personnalisé de scolarité (PPS) (dossier handicap) ?**

OUI  NON  Pour quelles raisons : .....

Observations particulières que vous souhaiteriez communiquer à l'infirmière ou au médecin scolaire :  
.....

**9/ Votre enfant a-t-il une dyslexie, une dysorthographe, une dyspraxie ou un autre trouble des apprentissages ? (entourer le ou les troubles que votre enfant présente)**

OUI  NON

A-t-il un suivi particulier ? (orthophoniste – psychomotricien – avec le Dr Netter...)

OUI  NON  avec qui .....

Merci de joindre la photocopie du dernier bilan sous pli cacheté et agrafée à la fiche médicale d'infirmerie.

En cas de pathologies, de troubles des apprentissages ou de difficultés, l'infirmière est disponible pendant ses heures de service sur rendez-vous au 05 31 74 31 07.

**Signature des parents ou du responsable légal**