

FICHE CONFIDENTIELLE INFIRMERIE 2026-2027

NOM de l'élève :

Prénom de l'élève :

Classe 2026-2027 :

Date de naissance :

ANTÉCÉDENTS

Interventions chirurgicales

Existe-t-il un déficit ?

Auditif

Visuel

Port de prothèse

Moteur

A-t-il des difficultés à se déplacer ?

oui

non

Votre enfant est-il ?

Diabétique

Asthmatique

Porteur de maladie chronique entraînant des difficultés au quotidien (si oui, laquelle) :

Autres :

En fonction des besoins spécifiques de santé de l'élève, un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) peut être mis en place.

Souhaitez-vous la mise en place d'un PAI ?

oui

non

Si oui, autorisez-vous la diffusion aux personnels de l'établissement via pronote ?

oui

non

Présente-t-il des allergies ?

Alimentaires : lesquelles :

Médicamenteuses : lesquelles :

Autres allergies : lesquelles :

Date:

Signature des représentants légaux: