

## FICHE INFIRMERIE

Photo à coller

2023-2024

**NOM** : .....

**Prénom** : .....

**Date de naissance** : ..... / ..... / .....

**N° de Sécurité Sociale (INSEE)** : ..... Clé : .....

Adresse du centre SECURITE SOCIALE CPAM et Mutuelle : .....

**Nom de l'établissement précédent (2022-2023)**: ..... en classe de : .....

**Classe 2023-2024**: .....

**Nom** du représentant légal 1 (ou père) : .....

Téléphone(s) : .....

**Nom** du représentant légal 2 (ou mère) : .....

Téléphone(s) : .....

**Médecin Traitant** (Nom, Adresse Téléphone) : Dr .....

**VACCINS** : donner les photocopies de **TOUTES** les pages de vaccination du CARNET DE SANTE

**OBLIGATOIRE**

**Votre enfant a-t-il bénéficié l'année dernière d'un aménagement scolaire particulier** :  OUI  NON

Si oui, lequel :  PAI  PPS  AESH(AVS)  Notification MDPH  suivi en ITEP, SESSAD, IME, CMP...

Autre : .....

Souhaitez-vous le renouveler cette année ?  OUI  NON

**Observations particulières** que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (les informations confidentielles seront jointes dans une enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière de l'Éducation Nationale) :

Pathologie chronique (diabète, asthme, maladie rare, épilepsie...) : .....

Allergies (alimentaire, médicamenteuse...) : .....

Traitement médicamenteux chronique (ventoline...) : .....

Autre : .....