

# FICHE INFIRMERIE

## LYCEE LES 3 SOURCES

En dehors d'une remise directe à l'infirmière scolaire lors des chaînes d'inscriptions, la **confidentialité** pourra être préservée en plaçant ce document sous enveloppe cachetée mentionnant le nom de l'élève.

**NOM** : ..... **Prénom** : ..... Date de naissance : ... / ... / ...

**CLASSE** : ..... ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne

 **Votre enfant a-t-il un problème de santé?** ☐ Non ☐ Oui (précisez ci-dessous)

☐ Migraines ☐ asthme ☐ épilepsie ☐ diabète ☐ pathologie cardiaque

☐ allergies (précisez).....

☐ autre:(précisez).....

Traitement sur le temps scolaire : .....

 **Votre enfant a-t-il déjà eu un PAI (projet d'accueil individualisé) pour raisons médicales ?**

☐ Non ☐ Oui (précisez).....

 **Si oui, souhaitez-vous la reconduction de ce dernier ?** ☐ Non ☐ Oui

 **Si non, souhaitez-vous la mise en place d'un PAI ?** ☐ Non ☐ Oui

Pour établir un projet d'accueil individualisé(PAI), **prenez contact dès que possible avec l'infirmière scolaire (04.75.82.65.20). Aucun PAI ne sera mis en place sans une demande faite au préalable par les parents.**

 **Votre enfant bénéficie-t-il d'un PPS (projet personnalisé de scolarisation) avec un dossier**

**MDA (maison de l'autonomie) ?** ☐ Non ☐ Oui

Aménagements accordés : .....

 **Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi?** ☐ Non ☐ Oui

☐ CMP ☐ CMPP ☐ Psychologue ☐ autres:(précisez).....

Je soussigné(e): NOM..... PRENOM.....

Vu et pris connaissance, le.....

Signature du représentant légal :