

Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, nous vous demandons de compléter ce questionnaire aussi précisément que possible. Cette fiche est **confidentielle et ne sera accessible qu'à l'infirmière**. Elle sera conservée durant toute sa scolarité au lycée, puis les données renseignées seront supprimées. Vous pouvez, si vous le jugez nécessaire, fournir les bilans des professionnels de santé sous pli cacheté à l'attention du Médecin scolaire ou de l'Infirmière.

## FICHE INFIRMERIE

### IDENTITE DE L'ÉLÈVE

Nom \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Classe  2de  1re  Tle  BTS  PPPE

### INFORMATIONS MÉDICALES

**Merci de joindre une copie des vaccinations du carnet de santé**

**1/ Votre enfant est-il atteint d'une pathologie ?** : .....

Susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement pouvant nécessiter une prise en charge sur le temps scolaire (Allergie, Asthme, Diabète, Epilepsie, Intolérance alimentaire, Trouble anxieux, ...)

A-t-il bénéficié d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) en 2025/2026 ?  Non  Oui

Souhaitez-vous un rendez-vous pour la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé pour l'année 2026/2027 ?  Non  Oui

**2/ Avez-vous des Observations particulières** que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'infirmière du lycée (précautions particulières à prendre, traitement quotidien) ?

.....  
.....

**3/ Médecin traitant – service hospitalier :**

.....

**4/ A-t-il un trouble du neuro-développement diagnostiqué ?** (DYS, TDA, TSA)  
 Non  Oui

(Précisez lequel ou lesquels)

.....

A-t-il un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ?  Non  Oui

A-t-il un Plan Personnalisé de Scolarisation/GEVASCO  Non  Oui

Si oui a-t-il une aide humaine ?  Non  Oui

Si oui veuillez préciser combien d'heures : \_\_\_\_\_

A-t-il une aide matérielle (ordinateur ou autre)? Si oui veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Suivi orthophonique  Non  Oui par \_\_\_\_\_

Suivi psychologique  Non  Oui par \_\_\_\_\_

Autre suivi (préciser)  Non  Oui par \_\_\_\_\_

Date et Signature du ou des représentants légaux :