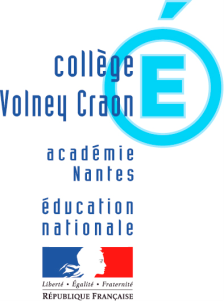
**ANNEE SCOLAIRE 2023-2024**

**INTERNAT D’EXCELLENCE COLLÈGE VOLNEY**

**FICHE SANTÉ**

**A renseigner par les parents et à joindre au dossier de candidature**

**NOM\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INE /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/**

**Né(e) le\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**AVIS concernant la demande d’internat : FAVORABLE – RÉSERVÉ**

**COORDONNÉES DE LA FAMILLE**

Adresse du père : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Tél. domicile : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Tél. portable : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse de la mère : …………………………………………………………………………………………………………………..

Tél. domicile : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Tél. portable : ………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse et numéro de téléphone du représentant légal (si différent du père ou de la mère) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX DE L’ÉLÈVE**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Hospitalisation antérieure :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Vaccins à jour : ❑ OUI ❑ NON ❑ EN COURS

**DÉFICIENCE SENSORIELLE**

Vue : ❑ OUI ❑ NON

Audition : ❑ OUI ❑ NON Si oui, appareillage ? ❑ OUI ❑ NON

Lequel ? ……………………………………………………………….

**RÉGIME ALIMENTAIRE**

❑ OUI ❑ NON Si oui, précisez : ………………………………………………………………………….

**PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE**

Pathologie connue (PAI, PAP) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Traitement en cours :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Soins ou traitement nocturne ? ………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Suivis médicaux ou paramédicaux : ❑ OUI ❑ NON

Si oui, coordonnées du professionnel : ………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Fréquence du suivi : ……………………………………………………………………………………………………………………

**COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT ET/OU DU SPÉCIALISTE**

Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………………….

**L’ÉLÈVE EST-IL SUIVI PAR UN SERVICE SPÉCIALISÉ ?**

❑ OUI ❑ NON

Si oui, coordonnées du service spécialisé : ……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………......................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**AUTONOMIE**

Qualité du sommeil : …………………………………………………………………………………………………………………..

Moyen de transport : …………………………………………………………………………………………………………………

L’élève peut-il prendre seul les transports en commun ? ❑ OUI ❑ NON

Relation avec autrui (troubles du comportement) : ……………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Incontinence ? ❑ OUI ❑ NON

Si oui, énurésie : ❑ PRIMAIRE ❑ SECONDAIRE

**ACTIVITÉS EXTRA SCOLAIRES**

❑ Sportive : ………………………………………………………………………………………………………………………………….

❑ Culturelle : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

❑ Sorties : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

❑ Consommations : …………………………………………………………………………………………………..................

❑ Écrans : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date et signatures des représentants légaux

PARTIE A RENSEIGNER PAR L’INFIRMIERE SCOLAIRE SI NECESSAIRE

**OBSERVATIONS DE L’INFIRMIÈRE**

……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**AVIS DU MÉDECIN DE L’ÉDUCATION NATIONALE**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………..………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom de l’infirmière scolaire ………………………………………………………………………………………………………

Nom du médecin scolaire ………………………………………………………………………………………………………...

Le ……/……/…………

Cachet et signature de l’infirmière scolaire

Signature du médecin scolaire