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