

## 4. FICHE SANTÉ

### INTERNAT D'EXCELLENCE

#### Collège Volney, Craon (53)

#### Rentrée scolaire 2024-2025

(à renseigner par l'infirmier scolaire – à joindre sous pli confidentiel)

NOM de l'élève :

Prénom :

Date et lieu de naissance

#### COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX

##### Père

NOM :

Prénom :

Adresse :

##### Téléphones

Fixe :

Portable :

Professionnel :

Email :

##### Mère

NOM :

Prénom :

Adresse :

##### Téléphones

Fixe :

Portable :

Professionnel :

Email :

##### Représentant légal – si différent du père et de la mère

NOM :

Prénom :

Adresse :

##### Téléphones

Fixe :

Portable :

Professionnel :

Email :

#### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Hospitalisation antérieure

Vaccins à jour  OUI  NON  En cours

## DÉFICIENCE SENSORIELLE

Vue  OUI  NON

Audition  OUI  NON Si oui, appareillage?  OUI  NON

Si oui, lequel?

## RÉGIME ALIMENTAIRE

OUI  NON Si oui, préciser

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Pathologie connue (PAI, PAP)

Traitement en cours

Soins ou traitement nocturne ? Si oui, préciser

Suivi médicaux ou paramédicaux  OUI  NON Si oui, coordonnées du professionnel :

Fréquence du suivi

## COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT ET/OU DU SPÉCIALISTE

NOM

Téléphone et adresse

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

Si oui, coordonnées du service

**AUTONOMIE**

Qualité du sommeil

Moyen de transport

L'élève peut-il prendre les transports en commun ?  OUI  NON

Relations avec autrui (troubles du comportement)

Incontinence ?  OUI  NON    Si oui, énurésie  primaire  secondaire

**ACTIVITÉS EXTRA-SCOLAIRES**

Sportives

Culturelles

Ecrans

Sorties

Consommations

Autres :

**AUTRES OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE**

**AVIS DU MEDECIN SCOLAIRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE**

**NOM de l'infirmier scolaire**

Avis défavorable    Avis réservé    Avis favorable

**NOM du médecin scolaire**

Avis défavorable    Avis réservé    Avis favorable

**Date et signature de l'infirmier scolaire**

**Date et signature du médecin scolaire**

**Cachet de l'établissement**