

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

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

Autres

Sorties

Consommations

Écrans

AUTRES OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE

NOM de l'infirmier scolaire

NOM du médecin scolaire

Date et signature de l'infirmier scolaire

Date et signature du médecin scolaire

Cachet de l'établissement