

VACCINATION

Remplir, signer et placer cette fiche sous enveloppe cachetée à l'attention de :
« *l'Infirmier(ré) de Santé Scolaire* » afin de respecter la confidentialité des
renseignements si nécessaire.

Ce document est exclusivement destiné au service médical.

**Joindre la photocopie des vaccins lors de la première inscription dans
l'Etablissement.**

Date du dernier rappel DTP:

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES

Allergies Alimentaires : Dates

Médicaments : Autres :

Asthme Diabète Epilepsie

Scoliose Autres :

Interventions chirurgicales subies :

Traitements réguliers

En cas de traitement sur le temps scolaire, il est obligatoire de déposer à l'infirmerie les médicaments, l'ordonnance, l'autorisation parentale permettant leur délivrance.

Déficience auditive Déficience visuelle

Dyslexie Autres

Tiers-Temps

Suisis spécifiques Orthophonie Psychomotricité

Psychologique

Nom et Tél. du praticien / / / / /

Merci de signaler à l'Infirmier tout changement d'adresse, de numéro de téléphone et tout nouveau problème médical survenant en cours d'année scolaire.

Toute maladie particulière peut faire l'objet d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) auprès du Médecin Scolaire.

SUIVI INFIRMIER

Date et signature du responsable légal :