

FICHE INFIRMERIE

Votre enfant présente-t-il un déficit?

Visuel : **Auditif :** **Moteur :**

Autre (dyslexie.....) Précisez

Existe-t-il une maladie chronique ? (asthme, épilepsie, diabète, hémophilie, maladie hépatique, rénale...)

.....
.....

Existe t'il des allergies ?

- **Alimentaires :**
- **Autres :**

Existe-t-il un traitement particulier ?

.....

Les médicaments prescrits par le médecin et à prendre pendant le temps scolaire doivent être déposés à l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance.

L'élève a t'il bénéficié d'un PAI ? OUI NON

Je soussigné(e), M., Mme : **parent(s) ou responsable légal de :**

Autorise l'infirmière à délivrer les médicaments suivants :

Antalgique (Paracétamol)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antispasmodique (Spasfon)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antidiarrhéique et pansement gastrique (Smecta)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Traitement antibactérien pour les affections buccales (bain de bouche : Hextril ; maux de gorge : Strepsil)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Date :

Signature :

VACCINATIONS

Date du dernier rappel antitétanique :

Joindre une photocopie attestant des vaccinations pour les 6^{èmes} ou nouveaux arrivants