

INFIRMERIE

CLASSE :

NOM : Prénom : Sexe : F M

Né (e) le : à

Demi-Pensionnaire Externe

Etablissement précédent :

1. Avez-vous un problème de santé que vous souhaitez porter à la connaissance du service infirmier ? OUI NON

Si oui, lequel ?
.....

2. Suivez-vous un traitement médicamenteux ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Rappel : Les traitements seront à déposer à l'infirmerie avec l'ordonnance.

Aucun médicament ne sera délivré sans prescription médicale (Paracétamol compris).

3. Êtes-vous allergique ? OUI NON

Si oui, à quoi ?
.....

4. Noms et coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence :

.....
Numéro (s) de tel (s) : ☎ ☎

Avez-vous obtenu le PSC1 (Prévention et Secours Civique1) OUI NON

Si oui, à quelle date ?

Avez-vous déjà fait l'objet d'un suivi : PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON

PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation-MDPH) OUI NON

PAP (Projet d'Accueil Personnalisé) OUI NON

Si oui, joindre une copie du dernier compte rendu.

Observations que vous jugez utile de porter à la connaissance du service médical.

.....
.....
.....