

**Nom :**

**Prénom : Classe :**

**FICHE D’INFORMATION POUR L’INFIRMERIE**

Votre enfant a-t-il au cours des années précédentes bénéficié d’un dispositif d’accompagnement ?

OUI\*

NON

\*Si oui, quel(s) dispositif(s) ?

 **PPS** (Projet Personnalisé de Scolarisation pour une situation de handicap)

 **PAI** (Projet d’accueil individualisé pour raison médicale)

 **PAP** (Plan d’accueil personnalisé pour des troubles de l’apprentissage)

 **PPRE** (Programme personnalisé de réussite éducative)

 **Autre** : ………………………………………………………………..

\* Souhaitez-vous reconduire le dispositif ? *Si oui joindre le duplicata de ce document*

 OUI

 NON

Votre enfant a-t-il eu un aménagement aux examens nationaux ? *\* Joindre le duplicata de ce document*

 OUI

 NON

Votre enfant a-t-il son PSC1 (brevet de secourisme) ?

 OUI

 NON

Souhaitez-vous que votre enfant bénéficie d’une visite de dépistage (vue, audition, taille, poids, hygiène de vie), cette année ?

 OUI

 NON

***Si votre enfant a un suivi médical particulier nous vous invitons à le partager avec l’infirmière par un courrier sous pli.***

v