

FICHE D'INFORMATION POUR L'INFIRMERIE

Nom :

Prénom :

Classe :

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.