

# FICHE D'INFORMATION POUR L'INFIRMIERIE

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.***