



**RÉGIME ALIMENTAIRE**

OUI     NON

Si oui préciser : .....

**PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE**

Pathologie connue (PAI, PAP)

.....  
.....

Traitement en cours :

.....  
.....

Soins ou traitement nocturne ? Si oui préciser : .....

Suivis médicaux ou paramédicaux:  OUI     NON

Si oui coordonnées : .....

Fréquence : .....

**COORDONNEES DU MÉDECIN TRAITANT ET/OU DU SPÉCIALISTE**

Nom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**L'ÉLÈVE EST-IL SUIVI PAR UN SERVICE SPÉCIALISÉ ?**

OUI     NON

Si oui, coordonnées du service spécialisé : .....

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

**AUTONOMIE**

Qualité du sommeil : .....

Moyen de transport : .....

L'élève peut-il prendre seul les transports en commun ?  OUI     NON

Relations avec autrui (troubles du comportement) :

.....  
.....

Incontinence ?  OUI     NON                      si oui : énurésie primaire ?                      secondaire ?

**ACTIVITÉS Extra SCOLAIRES**

Activités extra scolaires : Sportive :

Culturelle :

Sorties :

Consommations :

Ecrans :

**AUTRES OBSERVATIONS DE L'INFIRMIÈRE**

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

**AVIS DU MÉDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE**

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

Nom de l'infirmier(e) scolaire : ..... du médecin scolaire.....

Le ...../...../.....

Signature de l'infirmier(e) scolaire

Signature du médecin scolaire

et cachet de l'établissement