



RÉGION ACADÉMIQUE
OCCITANIE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Dans le cadre du bulletin Officiel de l'Éducation nationale n°42 du 12 novembre 2015, arrêté du 3-11-2015-Jo du 6-11-2015, le dépistage infirmier de votre enfant aura lieu le :

Bilan de Santé Infirmier

prévu le :

de l'Enfant

en classe de :

NOTE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS



Afin d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, merci de remplir ce questionnaire aussi précisément que possible et d'apporter le carnet de santé.

Établissement :

1 IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité :

Adresse des parents ou du responsable légal :

Téléphone :

2 COMPOSITION DE LA FAMILLE

PÈRE Nom : Prénom :

Emploi actuel :

MÈRE Nom : Prénom :

Emploi actuel :

RESP. LÉGAL Nom : Prénom :

Emploi actuel :

Autres enfants composant la famille (prénoms et années de naissance) :

Y a-t-il des problèmes de santé dans la famille :

3 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Indiquer, avec leurs dates, les difficultés de santé (maladie, accidents...), les hospitalisations, opérations, rééducations depuis le dernier examen médical pour les élèves déjà examinés par le médecin scolaire :

L'enfant suit-il un traitement ? oui non

L'enfant prend-il des médicaments, lesquels ?

Nom du médecin traitant :

4 VACCINATIONS

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations ? oui non

Date du dernier rappel : DTP ou POLIO

Autres vaccinations ou rappels :

Date :

Date :

Autres observations que vous souhaitez nous communiquer, relatives à l'élève, concernant sa santé ou son adaptation à l'école :

SOMMEIL :

Heure de Coucher : Heure de Lever :

A-t-il des difficultés à s'endormir seul dans son lit ? oui non

Fait-il souvent pipi au lit ? oui non

Se réveille-t-il souvent la nuit ? oui non

Fait-il souvent des cauchemars ? oui non

Se réveille-t-il spontanément le matin ? oui non

VIE QUOTIDIENNE

Va-t-il à l'école avec plaisir oui non - Temps de parcours pour venir à l'école :

À quelle heure arrive-t-il à l'école le matin ? et la quitte-t-il le soir ?

Pratique-t-il une activité de loisir ? oui non → si oui, laquelle ?

Peut-il pratiquer tous les sports ? oui non → si non, pourquoi ?

Temps passé devant les écrans :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

La grossesse et l'accouchement se sont-ils bien passés ? oui non

Votre enfant a-t-il un suivi particulier ? oui non

→ si oui, lequel Orthophonie Orthoptie Kinésithérapie C.M.P.P Suivi psychologique

Psychomotricien Autre :

A-t-il un aménagement scolaire ? oui non PAI PPRE PAP

PPS RASED

ALIMENTATION

Prend-il le petit déjeuner le matin ? oui non

A-t-il des difficultés lors des repas ? oui non

Si oui, lesquelles ?

Suit-il un régime alimentaire ? oui non → Lequel ?

Mange-t-il à la cantine ? oui non

Fiche à remettre à l'infirmier-ère le jour de la visite avec le carnet de santé.

Mme ANTIER, infirmier(e) diplômé(e) d'État, de l'éducation nationale, résidence administrative Collège

Anatole France effectuera le de h à h

Une consultation infirmière dans le cadre de :

Un suivi

Un dépistage infirmier

Autre(s) :

Ce dépistage infirmier peut comprendre (conformément aux dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé annexe au décret n°204-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et règles professionnelles chapitre I section 1 art. R4311-1 à R4311-15 chapitre II section 1 art. R4312-1 à 4312-32 section III art. R4312-49 et à la circulaire des missions des infirmières de l'Éducation nationale n° 2015-119 du 10-11-2015) :

Un entretien avec l'enfant

La vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur

Un examen staturo-pondéral avec calcul de l'IMC

Un dépistage des troubles visuels et auditifs

L'hygiène de vie

L'adaptation globale de l'enfant à l'école

PRÉVOIR LE CARNET DE SANTÉ SOUS ENVELOPPE CACHETÉE OU UNE PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS

Les résultats seront transmis par l'intermédiaire de votre enfant. Si vous le désirez, vous pouvez prendre rendez-vous avec l'infirmière. **Toutes les observations que vous souhaitez nous communiquer, relatives à votre enfant, seront transmises sous pli cacheté à l'attention de l'infirmier (ère).**

Date :

Signature des parents :