

Adresse Etablissement :

Consultation infirmière dépistage de la 12^{ème} année

NOTE AUX PARENTS

Conformément à l'arrêté du 3 novembre 2015, l'infirmier-e scolaire doit effectuer le bilan de dépistage obligatoire de la 12^{ème} année.

Votre enfant sera vu par l'infirmier-e du collège dans le cadre de ce dépistage le.....

Merci de donner à votre enfant, sous enveloppe cachetée :

- Le carnet de santé
- Cette fiche de renseignements que vous aurez remplie

A l'issue de ce dépistage infirmier :

- Vous recevrez peut-être un avis émis par l'infirmier-e vous conseillant une consultation auprès de votre médecin ; Merci de renvoyer cet avis à l'adresse indiquée afin que l'infirmier-e scolaire puisse être informé-e des suites que vous aurez donné à cet avis.
- Si l'infirmier-e le pense nécessaire, un examen médical réalisé par un médecin de l'éducation nationale pourra vous être proposé.

Pris connaissance le :

Signature du responsable légal (père et/ou mère) :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS A REMPLIR PAR LES PARENTS

L'ENFANT : Nom et Prénom : Date et lieu de naissance : Place dans la fratrie : /enfants Adresse : Téléphone : Nom de la mère et profession : Nom du père et profession : Année de naissance des frère/sœur : Y-a-t-il des problèmes de santé dans la famille ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels : Nom et téléphone du médecin traitant :	RENSEIGNEMENTS MEDICAUX : Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé ? (hospitalisation, opération, bilans....) ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels ? : Votre enfant est-il en bonne santé ? ☐ Oui ☐ Non Si non, pourquoi ? Prend-il des médicaments régulièrement ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels ? Est-ce qu'il bénéficie d'un suivi particulier ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel ? Orthophonie ☐ Orthoptie ☐ Kinésithérapie ☐ CMPP ☐ Psychologue ☐ Autre : L'état de santé de votre enfant nécessite la mise en place : d'un PAI ☐ d'un PPS ☐
---	--

SOMMEIL : Heure de coucher : Heure de lever : A-t-il des difficultés à s'endormir ? ☐ Oui ☐ Non Dans sa chambre a-t-il accès à un écran ? Ordinateur ☐ Tablette ☐ Console de jeux ☐ Télévision ☐ Téléphone portable ☐	ALIMENTATION : Prend-il un petit déjeuner le matin ? ☐ Oui ☐ Non Suit-il un régime alimentaire en lien avec un problème de santé ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, lequel ?
VIE QUOTIDIENNE : Va-t-il au collège avec plaisir ? ☐ Oui ☐ Non Pratique-t-il une activité sportive en dehors du temps scolaire ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle : Pratique-t-il une autre activité (culturelle, artistique) ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle : Souhaitez-vous me signaler autre chose ?	