

Établissement scolaire :

## **CONFIDENTIEL**      **DOCUMENT INFIRMIER**

**IMPORTANT** : A remplir par l'infirmier(ère) scolaire de l'établissement d'origine et à retourner par courriel. Pour une réelle confidentialité, merci d'utiliser l'adresse [cdoeasd58sante@ac-dijon.fr](mailto:cdoeasd58sante@ac-dijon.fr) qui vous est personnellement réservée. **Au vu du caractère confidentiel de ces données, seul(e) l'infirmier(ère) siégeant à la CDO sera détenteur de ce document.** Nommer les documents de la manière suivante : **NOM-PRENOM-DOCUMENT-INFIRMIER-DATE.**

NOM de l'ELEVE : <input style="width: 90%;" type="text"/>	Prénom : <input style="width: 90%;" type="text"/>
Classe : <input style="width: 80%;" type="text"/>	Date de naissance : <input style="width: 80%;" type="text"/>
Adresse : <input style="width: 95%;" type="text"/>	

Merci de bien vouloir porter à connaissance les éléments médicaux ou les informations nécessaires ayant un impact direct dans l'étude du dossier d'orientation dans le tableau ci-dessous :

Situation de l'élève	Éléments médicaux/Informations	Besoins de l'élève
<i>Exemple : problème de vue</i>	<i>→ Nature de corrections</i>	<i>→ Port de lunettes</i>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

L'élève a-t'il besoin d'aménagement particulier ? *Exemple : (médicaments, repos, PAI, PPS, PAP)*

Date :  L'infirmière/ infirmier