



Date : ____ / ____ / 20 ____

ECOLE : _____

Fiche de liaison à compléter en vue d'une consultation infirmière

ORIGINE DE LA DEMANDE :

Nom : _____ Fonction : _____

Prénom : _____ Tél : _____

• Mail professionnel : _____ @ac-creteil.fr

Elève

Nom : _____ Classe : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

- Les parents sont-ils informés de cette demande ? vous êtes-vous déjà entretenu avec la famille pour le problème qui vous préoccupe ? Oui Non

Coordonnées des parents : ☎ : _____

Adresse : _____

Comportement adapté en classe oui non

Difficultés scolaires oui non

Suivi RASED oui non

Suivis extérieurs oui non

A préciser : _____

PPRE /PAP/ PAI oui non

MOTIF de la demande / observation :

NB : Demande à adresser à l'infirmière du secteur scolaire de l'élève