

Année Scolaire 2018 - 2019

FICHE INFIRMERIE

NOM : Prénom : Classe :

Date et lieu de naissance :

Demi pensionnaire

Externe

Interne

SITUATION DE FAMILLE

En cas d'urgence prévenir :

NOM du responsable légal :

Adresse :

Tél :

Père : Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : Domicile :

Travail :

Portable :

Mail :

Mère : Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Téléphone : Domicile :

Travail :

Portable :

Mail :

Médecin de famille : Tél :

Adresse :

Assurance scolaire :

Nom : Numéro d'assuré :

Adresse :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté ou transporté par les services d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

• **Date du dernier rappel du vaccin antitétanique** :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 10 ans)

Tournez svp →

ANTÉCÉDENTS

- **Interventions chirurgicales :** (préciser date)

.....
.....

- **Existe-t-il un déficit ?**

Auditif

Visuel

Moteur

- **Est-il ?**

Diabétique

Asthmatique

Spasmophile

Epileptique

Porteur d'une maladie chronique

Dyslexique

Autre

- **Présente-t-il des allergies ? Si oui, précisez :**

.....
.....

NB : Pour toute pathologie chronique (asthme, allergie, épilepsie, diabète,...) un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) peut être mis en place à la demande des parents. N'hésitez pas à contacter l'infirmière pour plus de renseignements.

- **A-t-il un traitement particulier ? Si oui, précisez :**

.....
.....

NB : Les médicaments, prescrits par le médecin, à prendre sur le temps scolaire, doivent être déposés à l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance.

Observations particulières :

P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) 2017-2018 oui non A renouveler oui non

P.P.S. (Plan Particulier de Scolarisation) 2017-2018 oui non A renouveler oui non

Autorisation de retour pour les élèves internes majeurs :

En cas de soins ne nécessitant pas une hospitalisation, j'autorise l'établissement hospitalier à prendre toute mesure nécessaire (taxi, ambulance) pour le retour dans la structure scolaire de mon enfant interne et m'engage à prendre en charge les frais de transports.

Signature du responsable légal :

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.