

FICHE INFIRMERIE 2019 - 2020

Classe :

Veillez cocher la case correspondant au régime de votre enfant :

Interne Demi-pensionnaire Externe

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS DE L'ELEVE

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Nationalité :

N° de Sécurité sociale élève : / / / / /

N° Portable de l'élève:.....

Composition familiale:

Situation maritale des parents:

mariés divorcés veuf(ve) célibataire autre

PERE

NOM :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Téléphone :

Téléphone du travail :

MERE

NOM :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Téléphone :

Téléphone du travail :

AUTRES RESPONSABLES (Foyer, éducateurs, famille d'accueil, établissements spécialisés...)

NOM :

Prénom :

Adresse :

Profession :

Téléphone :

Téléphone du travail :

Nombre de frère:..... âge(s) :.....

Nombre de sœur:..... âge(s) :.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Au cas où vous ne seriez pas joignable merci d'indiquer les coordonnées d'une personne

Nom :..... Lien :.....Téléphone :.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

Maladies chroniques :

Asthme Diabète Epilepsie Scoliose autres :.....

Allergies :

Alimentaire Préciser :

Médicamenteuse Préciser :

Autres :.....

Accidents, interventions chirurgicales:.....

Traitements réguliers : oui non

Si oui, préciser

En cas de traitement régulier sur le temps scolaire, il est obligatoire de déposer à l'infirmierie les médicaments, l'ordonnance l'autorisation parentale permettant leur délivrance, sans ceci aucun traitement ne sera administré.

*Si vous avez répondu positivement votre enfant a peut-être besoin d'un **Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)**, formalité nécessaire pour tout élève de lycée, majeur ou mineur, qui nécessite des soins, un traitement, une attention lors du temps scolaire.*

Troubles visuels ?

oui non

Si oui, préciser.....

Troubles auditifs ?

oui non

Si oui, préciser.....

Autres :

Dyslexique

Dysorthographique

Dyscalculie

Bénéficie-t-il d'un aménagement ?

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi spécifique ?

Orthophonie

Psychomotricité

Psychologique

Autre, préciser :.....

Merci de communiquer les coordonnées du spécialiste :

Spécialité.....

Nom.....tel.....

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement.

.....

Vaccination

La vaccination Diphtérie Tétanos Polio est obligatoire.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Date de la vaccination Rougeole,Rubéole,Oreillons :.....

Merci de nous fournir la photocopie du carnet de vaccinations, en vérifiant bien que le nom et le prénom de l'élève soient inscrits sur la photocopie.

Médecin traitant :

NOM, adresse :

Tél.:

Merci de signaler à l'infirmierie tout changement d'adresse, de numéro de téléphone, ainsi que tout nouveau problème médical survenant au cours de l'année scolaire.

Date et signature :