

FICHE CONFIDENTIELLE INFIRMERIE
Susceptible d'être donnée aux professeurs lors des voyages

NOM : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Qualité : externe demi-pensionnaire interne Nationalité :

Adresse :

RESPONSABLES LEGAUX

PARENT 1	PARENT 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Lieu de travail :	Lieu de travail :
Tel .Domicile :	Tel. Domicile :
Tel. Portable :	Tel. Portable :
Tel. Travail :	Tel .Travail :

Nom et numéro de la personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....

MEDECIN TRAITANT :

NOM : Ville : TELEPHONE :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

La famille peut préciser ci-dessous l'hôpital où elle souhaiterait que l'élève soit hospitalisé en urgence :
Nom de l'hôpital : N° SECURITE SOCIALE :
N° et nom de la mutuelle :

Date : Signature :

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il un déficit :

Visuel : Auditif : Moteur :

Autre (dyslexie....) Précisez

Votre enfant a-t-il une maladie chronique ? (asthme, épilepsie, diabète, hémophilie, maladie hépatique, rénale.....)

.....
.....

Votre enfant est-il atteint d'allergies :

Alimentaires :

Autres :

Votre enfant a-t-il un traitement particulier ?

.....

Autres informations à nous faire parvenir :

.....
.....
.....

Les médicaments prescrits par le médecin et à prendre pendant le temps scolaire, doivent être déposés à l'infirmierie avec une copie de l'ordonnance.

L'élève a-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il d'un PAI ? OUI NON

Je soussigné(e) Mr, Mme : parent(s) ou responsable légal de :

.....

Autorise l'infirmière à délivrer les médicaments suivants :

(Cocher la case correspondante)

- Antalgique (Paracétamol) Oui Non
- Antispasmodique (Spasfon) Oui Non
- Anti diarrhéique et pansement gastrique (Smecta) Oui Non
- Traitement antibactérien pour les affections buccales (bain de bouche : Hextril, maux de gorge : Strepsil) Oui Non

Date :

Signature :

VACCINATIONS :

Date du dernier rappel antitétanique

❖ Vaccins obligatoires

Joindre une photocopie attestant des vaccinations pour les élèves de 6° ou nouvelles inscriptions