

Fiche Infirmerie à l'intention des parents



Année scolaire :

Classe :

Régime : INT DP EXT

Nom de l'élève : Prénom :

Né(e) le : à :

Responsable légal 1 : père – mère – autre (entourer la qualité du responsable)

Nom : Prénom :

Tel : Domicile : Travail : Portable :

Adresse :

Responsable légal 2 : père – mère – autre (entourer la qualité du responsable)

Nom : Prénom :

Tel : domicile : Travail : Portable :

Adresse (si différente du responsable 1) :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir et /ou de prendre en charge votre enfant :

.....

N° sécurité sociale : Parent :

Elève :

Assurance scolaire :

Nom et adresse du médecin traitant :

En cas d'urgence, après appel au 15, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné d'un représentant légal.**

En cas de problème de santé non urgent, la famille sera directement alertée et prendra en charge son enfant.

Renseignements médicaux NON confidentiels :

Diabète

Asthme

Trouble du langage écrit

Epilepsie

Allergie

si oui laquelle :

Autres :

Suivi particulier au collège et / ou lycée (PAI / PAP ...) :

Les informations **CONFIDENTIELLES** sont à remettre sous enveloppe cachetée à l'intention de L'infirmière de l'établissement.

Traitement (veuillez fournir une ordonnance récente) :

Date du dernier rappel de vaccination dTcP (joindre une photocopie du carnet sauf si Vaccin à jour et déjà donné en seconde) :

.....

Etablissement fréquenté l'année dernière :

A :

Le :

Signature du responsable légal :