

Fiche Infirmierie

NOM PRENOMS de l'élève :classe.....
Téléphone portable de l'élève :

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. Si l'élève est malade sans caractère d'urgence, le responsable légal (ou une personne désignée par celui-ci) doit venir le chercher à l'infirmierie et signer le registre de sortie.

Pour vous contacter :

Nom	Parent 1 :.....	Parent 2 :.....
Profession		
Lieu de travail		
N° de tél. domicile		
N° de tél. professionnel		
N° de tél. portable		

Nom et n° du médecin traitant	
-------------------------------	--

Renseignements médicaux confidentiels :

Pour une bonne prise en charge médicale de votre enfant, il est nécessaire de remplir ce document avec exactitude.

Maladie chronique : L'élève est-il :

 Atteint d'une maladie chronique (diabète, asthme sévère, épilepsie, phobie scolaire, maladie cardiaque...) ayant un impact sur sa scolarité :

OUI (si oui laquelle ?) NON (entourer la bonne réponse)

 Susceptible de prendre un traitement pendant le temps scolaire :

OUI (si oui lequel ?) NON

PAI : votre enfant a déjà bénéficié d'un Projet d'Accueil Individualisé l'année dernière :

OUI (si oui pourquoi ?) NON

Handicap Votre enfant est porteur d'un handicap ou d'une maladie invalidante :

OUI (si oui, indiquez le nom ?) NON

 DOSSIER MDPH : OUI NON Si OUI, quels sont les aménagements mis en place ?

.....

Trouble de l'apprentissage Votre enfant est atteint de trouble des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, dysphasie, dyspraxie, dyscalculie, ...) :

OUI (si oui lequel ?) NON

PAP : a déjà bénéficié d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé l'année dernière ? : OUI NON

(si oui, vous devez vous rapprocher du professeur principal pour un renouvellement dès le début de l'année scolaire)

 **Allergies** Votre enfant est-il allergique à certaines substances, médicaments ou aliments :

OUI (si oui, lesquels ?) : NON

L'élève a-t-il subi des interventions chirurgicales ? Nature et date :

Maladie éventuelle dont souffre l'élève :

Traitement :

Remarque : Nous vous rappelons que les élèves ne doivent en aucun cas garder un médicament sur eux. Tout traitement doit être déposé à l'infirmierie avec l'ORDONNANCE.

Si vous le souhaitez, vous pouvez contacter le service de santé.

Je soussigné(e) -----, responsable légal de l'élève ----- déclare avoir pris connaissance de cette fiche.

Date

Signature