

DOCUMENT CONFIDENTIEL

**FICHE INFIRMERIE**

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

N° de téléphone élève : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ E-mail élève : .....

Année précédente : classe ..... Etablissement : .....

**Nom et n° de téléphone (fixe et portable) des personnes à contacter en cas d'urgence susceptibles de prendre en charge l'élève.**

- N° de téléphone du domicile : Mme/M. : ..... \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_
- N° mère : Mme/M. : ..... \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_
- N° père : Mme/M. : ..... \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_
- Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :  
Mme/M. : ..... \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_
- **Nom et téléphone du médecin traitant** : Dr ..... \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Merci de m'indiquer si votre enfant présente :

- **Antécédents médicaux/chirurgicaux**.....
- **Allergies**.....
- **Traitement**.....
- **Hospitalisation**.....
- **Suivi particulier** : Merci de m'indiquer le nom de la structure ou du professionnel qui suit votre enfant.....

*En fonction de ces renseignements, vous serez contactés par l'infirmière ou le médecin scolaire pour, si nécessaire, établir avec vous les conditions d'accueil et de scolarisation adaptées à l'état de santé de votre enfant.*

**PAI** : OUI  NON  / **PPS** : OUI  NON  (TRANSMETTRE NOTIFICATION)

**Les traitements seront mis à disposition de l'enfant seulement s'ils sont accompagnés d'une ordonnance. Les élèves ne doivent pas avoir de traitement en leur possession, les traitements doivent être laissés à l'infirmierie.**

**Vaccination** : Joindre **obligatoirement** une photocopie du carnet de vaccination

Tout renseignement confidentiel complémentaire peut être transmis sous pli cacheté à l'infirmière tout au long de l'année. Vous pouvez me joindre au : 05 61 01 02 18

Date : \_\_/\_\_/2022

Signature du représentant légal :

Signature de l'élève :