

FICHE INFIRMERIE

À remplir et à remettre à l'établissement

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance :

Nom, Prénom et adresse du représentant légal :

Numéro de sécurité sociale du représentant légal si enfant moins de 16 ans :

Numéro de sécurité sociale de l'élève si celui-ci a plus de 16 ans :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone, ainsi que le nom et le numéro d'une autre personne susceptible de vous prévenir rapidement :

	Téléphone domicile	Téléphone portable	Téléphone travail
Père			
Mère			
.....			

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 sur décision du SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :

Votre enfant présente-t-il un problème de santé ? OUI NON

Si oui, son état nécessite-t-il la mise en place d'un P.A.I. ? OUI NON

Si oui, vous pouvez contacter l'infirmière scolaire de l'établissement dès la rentrée.

Votre enfant présente-t-il un handicap reconnu par la M.D.P.H. ? OUI NON

Si oui, nécessite-t-il un aménagement sur le temps scolaire (P.P.S.) ? OUI NON

Votre enfant présente-t-il un ou plusieurs troubles de l'apprentissage ? OUI NON

Si oui, nécessite-t-il un aménagement sur le temps scolaire (P.A.P.) ? OUI NON

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un aménagement aux examens ? OUI NON

Si oui, quels aménagements et pour quel(s) examens(s) ?

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant (facultatif) :

Date et signature :