

FICHE INFIRMERIE Année scolaire 20.....-20.....

(Attention : remplir recto verso)

NOM de l'élève (en majuscules) :Classe :.....

PRÉNOMS de l'élève :

Date et lieu de naissance :.....

Sexe : M F

Téléphone portable de l'élève :..... **Mail**:.....

Adresse complète.....

.....

Régime : Externe Demi-pensionnaire

Établissement fréquenté l'année précédente :

Nom :.....

Adresse :.....

PROTOCOLE D'URGENCE (en application du règlement en vigueur). en cas d'urgence, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée. Acceptez-vous que votre numéro de Sécurité sociale soit transmis aux services de soins mandatés par le SAMU? Si oui: **N° Sécurité Sociale** de l'élève ou du responsable légal

.....

Responsables légaux et adresse précise :

	PÈRE	MÈRE	AUTRE RESPONSABLE OU TUTEUR
Nom			
Prénom			
Domicile (si différente de l'élève)			
Mai Portable			
Travail			

Renseignements médicaux confidentiels:

Si vous le souhaitez, vous pouvez contacter le service de santé de l'établissement.

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

	OUI	NON	Observations
Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament pendant le temps scolaire P.A.I. l'année dernière?			
Susceptible de prendre un traitement?			
Atteint d'un handicap, d'une maladie invalidante ou d'une allergie pouvant nécessiter des aménagement particuliers dans le cadre scolaire (1/3 temps) ?			
Tiers-temps : a-t-il déjà bénéficié d'un aménagement d'examen?			
P.A.P. : a-t-il déjà bénéficié d'un Projet d'Accompagnement Personnalisé?			
Atteint d'un trouble des apprentissages (dyslexie, dysorthographe...)?			
Allergique à certaines substances, aliments ou à certains médicaments?			

Je soussigné(e)responsable légal de l'élève.....déclare avoir pris connaissance de cette fiche et autorise **le transfert du dossier médical** de mon enfant au médecin scolaire de l'établissement;

Déclare avoir pris connaissance et accepte l'autorisation de transport de mon enfant en cas d'urgence.

Date:

Signature: