

FICHE D'INFIRMERIE

Remettre cette fiche, sous enveloppe cachetée si vous le Souhaitez, à l'attention de l'« INFIRMERIE ». Ces informations sont soumises au secret professionnel.

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

à

Nationalité :

Qualité : Demi-pensionnaire

Externe

Adresse :

En cas d'accident, l'Établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides, merci de nous fournir ces renseignements :

☎ Domicile :

☎ Travail Responsable légal 1:..... et Responsable légal 2:.....

☎ Portable Responsable légal 1:..... et Responsable légal 2 :.....

☎ Portable de l'apprenant (si majeur uniquement) :

NOM et ☎ autre personne (famille, voisin...).....

En cas d'urgence, l'apprenant accidenté ou malade est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un apprenant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

LES FRAIS ENGAGÉS SONT À LA CHARGE DES FAMILLES et non de l'établissement

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

- NOM, Prénom du responsable légal 1 :
- PROFESSION :
- NOM, Prénom du responsable légal 2 :
- PROFESSION :
- Âges des frères et sœurs :

Dernier établissement scolaire fréquenté :

Adresse exacte :

Rue.....

Code postal :Ville :

VACCINATIONS

Noter dans tous les cas la date des vaccins obligatoires :

- DTP (= Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite) :

- MEDECIN :☎ :

Si votre enfant est porteur de **maladie** (asthme, allergie, épilepsie, diabète, anxiété...), de **handicap** et/ou d'un **trouble des apprentissages** (dyslexie...) pouvant gêner sa scolarité et/ou nécessitant des aménagements pendant le temps scolaire, **merci de nous remettre lors de l'inscription une photocopie du dossier.**

MALADIE(S) :

TRAITEMENT :

TROUBLE DES APPRENTISSAGES : OUI NON

Si OUI lequel ou lesquels :

Souhaitez-vous informer les Professeurs de cette difficulté d'apprentissage ?
OUI NON

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

En fonction des ces troubles de la santé, vous pouvez contacter l'infirmière scolaire pour élaborer un **PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)**, conformément à la Circulaire 2003 – 135 du 08/09/03, permettant la prise de traitement ou des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

AUTRES RENSEIGNEMENTS

- Porte des lunettes problèmes d'audition

- Interventions chirurgicales subies et dates :

.....

Vu et pris connaissance le..... Signature du représentant légal