

FICHE INFIRMERIE

Classe pour l'année scolaire 2021-2022 : 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème}

• Identité

NOM : **Prénom :**

Né(e) le :

Nom et adresse précise de l'école ou du collège fréquenté l'année dernière :

.....
.....

Nom et adresse des parents :

(ou du représentant légal)

Profession du père :

Profession de la mère :

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 ces numéros de téléphone :

1. N° de tél. du domicile :

2. N° de portable de la mère ou tél. de son travail :

3. N° de portable du père ou tél. de son travail :

4. Nom et N° de tél. du médecin traitant :

5. Nom et N° de tél. d'une personne pouvant vous joindre rapidement :

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

• Vaccinations :

- Date du dernier rappel Diphtérie/Tétanos/Polio (DTP, Revaxis, Infanrix...) :

.....

- Dates des deux vaccins ROR :et.....

NB : en cas de doute, vous pouvez joindre une photocopie des pages vaccin du carnet de santé.

ATTENTION : REMPLIR LE VERSO DE CETTE FEUILLE

• Pathologie

Votre enfant a-t-il de l'asthme, des allergies, du diabète, autres...? **OUI** **NON,**

Précisez la maladie :

- Si **OUI**, déposer les traitements et l'ordonnance à l'infirmierie avant la fin de la première semaine de la rentrée.
- Nous autorisez-vous, à la rentrée, à en informer les professeurs afin d'adapter les activités pédagogiques ? **OUI** **NON**

Votre enfant bénéficiait-t-il d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) ou d'un **PAP** (Plan d'Accompagnement Personnalisé) ou d'un **PPS** (Projet Particulier de Scolarisation) l'année dernière ? **OUI** **NON**

Si **OUI** pour quelle(s) raison(s) ?

Souhaitez-vous, cette année, la mise en place ou le renouvellement d'un de ces aménagements scolaires particuliers ? **OUI** **NON**

• Médicaments :

Conformément au *Bulletin Officiel n°1 du 6 janvier 2000*, l'infirmière est amenée à délivrer, pour soulager un symptôme, des produits médicaux d'usage courant (Efferalgan, Spasfon...). Veuillez signaler toute opposition de votre part :

.....
Votre enfant est-il allergique à un médicament d'usage interne ou externe ?

OUI **NON**

Si **OUI** lequel ?

.....
Les élèves ne sont pas autorisés, par le règlement intérieur, à avoir des médicaments sur eux. Tout traitement devra être déposé à l'infirmierie avec une ordonnance médicale. Une exception pourra être faite par le médecin scolaire pour le traitement de l'asthme, veuillez contacter le service d'infirmierie.

Date :

Signatures des parents

NB : Si vous souhaitez transmettre ces informations de façon confidentielle, vous pouvez demander à votre enfant de remettre cet imprimé sous enveloppe fermée à l'infirmierie. Vous pouvez aussi contacter directement le service infirmierie au : **04 95 23 60 30**