



FICHE INFIRMERIE

PHOTO

Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque rentrée scolaire

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : _____

Prénom : _____

Né (e) le : _____ à _____ **Nationalité :** _____

SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE

Etablissement fréquenté : _____

Classe : _____ **Division :** _____ **Commune :** _____

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ **Commune :** _____

Profession : _____

Tel Dom : _____ **Tel travail :** _____ **GSM :** _____

AUTRES ENSEIGNEMENTS

N° & adresse du centre de Sécurité Sociale :

N° & adresse de l'assurance scolaire :

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. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, pour les élèves externes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

ANTECEDENTS MEDICAUX

L'élève suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.

L'élève a-t-il des allergies ?

Asthme :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Alimentaires :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres :	

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

.....
.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Pathologies familiales :

Diabète :	<input type="checkbox"/> OUI	NON <input type="checkbox"/>
Cholestérol :	<input type="checkbox"/> OUI	NON <input type="checkbox"/>
Problèmes cardiaques :	<input type="checkbox"/> OUI	NON <input type="checkbox"/>
Autres :	

Parents : Mariés Séparés Divorcés

Nombre de sœurs

Nombre de frères

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Veillez joindre les copies du carnet de vaccination.

L'élève bénéficie-t-il d'aménagements particuliers :

PAI (Pathologie) : OUI NON (si OUI fournir le dossier)
(Projet d'Accueil Personnalisé)

PPS (Handicap) : OUI NON (si OUI fournir le dossier)
(Projet Personnalisé de Scolarisation)

PAP : OUI NON (si OUI fournir le dossier)
(Plan d'Accompagnement Personnalisé)

**Pour tout aménagement, fournir un dossier complet à l'infirmière, dès la rentrée.
(Bilans orthophoniques, orthoptistes etc.)**

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Docteur :
Adresse :
Téléphone :

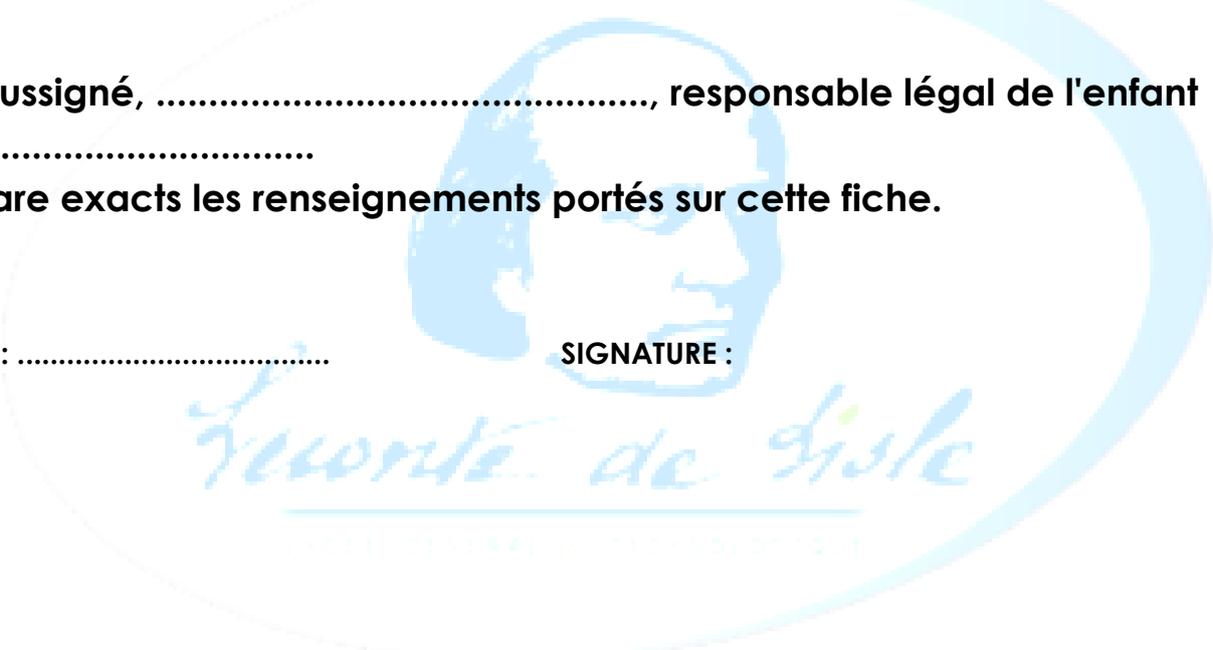
ENGAGEMENT

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant
.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

DATE :

SIGNATURE :



Fédération de liste

UNION DÉPARTEMENTALE DÉPARTEMENTALE