

FICHE CONFIDENTIELLE POUR L'INFIRMIERE

NOM Prénom Classe

Date de naissance

Régime : Externe Demi-pensionnaire

Personne(s) responsable(s) :

Père :

Mère :

Personne à joindre en cas d'urgence :

Tél. 1 :

Tél. 2 :

Médecin traitant (nom, adresse):

Tél. :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Photocopie du carnet de santé (page concernant les vaccinations)

Attention : Ne pas oublier de rajouter le nom de l'élève et sa classe

En cas d'urgence, un élève accidenté, malade, est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital désigné par le médecin régulateur du SAMU. La famille est immédiatement prévenue par nos soins.

ANTECEDENT

Votre enfant est-il porteur d'un déficit, si oui précisez

auditif

visuel

moteur

MALADIES CHRONIQUES

Votre enfant est-il porteur d'une maladie chronique ? si oui précisez

.....

NB : Pour toute maladie chronique (asthme, allergie, diabète, épilepsie...)

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) peut être mis en place à la demande des parents. N'hésitez pas à contacter l'infirmière au 05 34 47 04 61 pour plus de renseignements.

Votre enfant suit-il un traitement ? si oui précisez

.....

NB : Les médicaments prescrits ponctuellement par le médecin. traitant, à prendre sur le temps scolaire, doivent être déposés à l'infirmierie avec l'ordonnance nominative.

SUIVIS

Votre enfant a-t-il un suivi ?

Orthophonique

Orthoptique

Psychologique

Educatif

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Date de la dernière consultation chez l'ophtalmologue :