

FICHE INFIRMERIE 2022-2023

Classe : Régime : Interne ☐ DP ☐ Externe ☐

NOM PRENOM

Date et lieu de naissance :

Nombre de frères et sœurs Ages :

RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX)

	Adresse	Profession
Père		
Mère	(si elle est différente)	

N° de sécurité sociale du responsable :

Nom et adresse du dernier établissement scolaire fréquenté avant Armorin :

.....
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Merci de faciliter notre tâche en nous communiquant au moins deux numéros de téléphone.

1	N° du domicile.....			
2	N° du travail père		Poste	Portable.....
3	N° du travail mère		Poste	Portable.....
4	Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement, et lien avec la famille :			
				

Date du dernier rappel antitétanique :/...../.....

Observations particulières relatives à la santé de votre enfant que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (précautions particulières à prendre, information pouvant faciliter la scolarisation)

.....
.....
.....

Nom – adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours 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.

Vu et pris connaissance, Date.....
Le représentant légal,

SIGNATURE :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à rendre sous enveloppe cachetée portant la mention »fiche médicale » avec nom, prénom et classe de l'élève)

Fiche à compléter si votre enfant :

- est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter **une prise de médicament durant le temps scolaire**
- est susceptible de prendre un **traitement d'urgence**
- est atteint d'un handicap (moteur, visuel, auditif...) ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.
- présente des difficultés particulières **nécessitant des aménagements de la scolarité** (exemple : dyslexie)

NOM : PRENOM :

Adresse :

TEL : TEL. MOBILE :

TROUBLES MEDICAUX	TROUBLES DES APPRENTISSAGES
Nature :	Bénéficiait-il de ? :
.....	- P.P.S. (Dossier MDPH)
.....	Oui ☐ Non ☐
.....	- P.A.P. (Aménagements pédagogiques)
Souhaitez-vous la mise en place d'un protocole de soins dans le cadre scolaire ? (protocole d'urgence ou prise de médicaments)	Oui ☐ Non ☐
Oui ☐ Non ☐	Lesquels :
	
	- Aménagements aux examens
	Oui ☐ Non ☐
Dans le cas d'une simple prise de Ventoline, votre enfant peut l'avoir sur lui, accompagnée de l'ordonnance de l'année en cours.	Suivi orthophonique :
	
	Suivi médico-psychologique :
	

Pour la mise en place de mesures particulières et pour établir un projet d'accueil individualisé – conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période - prenez contact dès la rentrée avec le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire.

Ligne directe infirmerie : 04 75 25 63 69

A, le.....

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal

SIGNATURE :