

FICHE CONFIDENTIELLE INFIRMERIE

Année scolaire :

Classe :

NOM

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Demi-pensionnaire

Externe

Nom du responsable légal :

Adresse de l'élève (si différente de celle des parents) :

.....

Etablissement et classe fréquentés l'an dernier :

	Père	Mère
Nom- Prénom		
Adresse		
Profession		
Tél : domicile		
Tél : travail		
Tél : portable		
	Enfant(s) scolarisé(s)	Etablissement scolaire
Nom - Prénom-Age		

L'élève a-t-il des problèmes particuliers de santé ?

-Allergie(s) : NON OUI précisez : alimentaire pollens, acariens, poussière médicaments

.....

-Asthme NON OUI précisez (traitement)

-Diabète NON OUI précisez (traitement)

-Epilepsie NON OUI



-Problème de croissance ou articulaire : NON OUI précisez

-A-t-il un problème d'audition ? NON OUI précisez.....

- Porte-t-il des lunettes ? NON OUI

Précisez ci-dessous les autres problèmes de santé :

.....
.....

Est-il sous traitement : NON OUI

Précisez :.....

A-t-il une dispense d'EPS de + de 3 mois NON OUI précisez :

A-t-il eu un bilan orthophonique ? NON OUI précisez en quelle année :

A-t-il été suivi par un(e) orthophoniste ? NON OUI précisez l'année, le nom et l'adresse de l'orthophoniste

.....

Dates des vaccinations obligatoires « antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique :

Date du dernier rappel DTP :.....

Coordonnées du médecin traitant :

NOM :

Adresse :

Tél :

Les élèves ne sont pas autorisés à détenir des médicaments sur eux, sauf cas particulier à voir avec l'infirmière. Sur le temps scolaire, tout traitement doit être adapté pour que les prises de médicaments soient exceptionnelles, sur ordonnance médicale, et après l'avoir signalé à l'infirmière.

L'infirmière est présente le lundi et le mercredi dans l'établissement. Elle est à votre disposition pour toute précision, notamment pour l'établissement d'un protocole de traitement (P.A.I).

Transmettre ce document confidentiel au secrétariat ou à l'infirmière dans les plus brefs délais, sous enveloppe fermée.