

### Fiche infirmerie

#### Identité de l'élève

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénoms : \_\_\_\_\_  
Sexe (Mou F) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_

#### Scolarité de l'année 2017 - 2018

Classe : \_\_\_\_\_  
Régime : \_\_\_\_\_ Date entrée : \_\_\_\_\_

#### Scolarité de l'année précédente (2016 - 2017)

Etablissement : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_  
Date de fin de scolarité dans l'établissement : \_\_\_\_\_

#### Responsable légal 1 et financier - Domicile habituel de l'élève

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
☎ Domicile : \_\_\_\_\_ ☎ Travail : \_\_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_\_

#### Responsable légal 2

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
☎ Domicile : \_\_\_\_\_ ☎ Travail : \_\_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_\_

#### Autre personne à contacter

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
☎ Domicile : \_\_\_\_\_ ☎ Travail : \_\_\_\_\_ ☎ Portable : \_\_\_\_\_

#### Autres renseignements

N° de Sécurité Sociale ELEVE:            
N° de Sécurité Sociale PARENT QUI COUVRE L'ELEVE:            
Nom de l'organisme (CPAM,MSA...): \_\_\_\_\_  
Adresse du centre de sécurité sociale : \_\_\_\_\_  
N° de police d'assurance scolaire ou responsabilité civile : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'assurance : \_\_\_\_\_

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 internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

J'autorise l'établissement hospitalier à donner tous les soins nécessaires à mon enfant : OUI  NON

#### Informations complémentaires

Date du dernier rappel antitétanique : \_\_\_\_\_ (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans).  
Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)  
\_\_\_\_\_ (poursuivre au verso, si besoin).

NOM, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI ? : OUI  NON  \_\_\_\_\_

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez joindre ces informations dans une lettre cachetée à l'attention du médecin scolaire et/ou de l'infirmière scolaire.

Signature du responsable :