

Fiche infirmerie

Identité de l'élève

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

Scolarité de l'année 2018 - 2019

Classe : _____
Régime : _____ Date entrée : _____

Scolarité de l'année précédente (2017 - 2018)

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

Représentant légal - Domicile habituel de l'élève

Nom : _____
Prénom : _____ Lien de parenté _____ Financier : OUI NON
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
☎ Domicile : _____ ☎ Travail : _____ ☎ Portable : _____

Représentant légal

Nom : _____
Prénom : _____ Lien de parenté _____ Financier : OUI NON
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____
☎ Domicile : _____ ☎ Travail : _____ ☎ Portable : _____

Autre personne à contacter

Nom : _____
Prénom : _____ Lien de parenté : _____ Financier : OUI NON
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...)

NOM, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : _____ (poursuivre au verso, si besoin).

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 ou des représentant(s) :