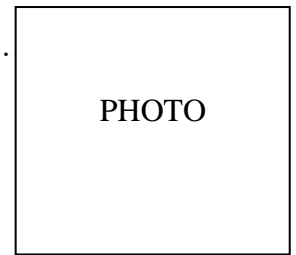


# FICHE D'INFIRMERIE- COLLEGE DE BOIS DE NEFLES

## FICHE D'URGENCE 2026 / 2027

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....Classe.....



Nom et adresse représentant légal : Père  Mère  Père et mère  Tuteur

.....

Profession du père : ..... de la mère:.....

Prénom et âge des frères et sœurs : .....

.....

**En cas d'accident**, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant **au moins un numéro de téléphone fixe** :

N° du téléphone du domicile : .....

N° du Travail du père : ..... Portable du père : .....

N° du Travail de la mère : ..... Portable de la mère : .....

**Nom et N° de téléphone de personnes susceptibles de venir chercher votre enfant :**

.....

.....

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.** Allergies, traitement en cours, pathologies :

.....

.....

- 1. Joindre à chaque rentrée scolaire une photocopie attestant des vaccinations DTP (carnet de santé ou certificat médical).**
- 2. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière de l'établissement.**
- 3. Les médicaments prescrits par le médecin et à prendre sur le temps scolaire doivent être déposés à l'infirmierie avec une copie de l'ordonnance et une autorisation parentale, les élèves ne doivent avoir aucun médicament sur eux ou dans leurs sacs.**
- 4. Pour toute nouvelle demande en cas de pathologie (asthme, allergies, épilepsie,...) un PAI est indispensable pour la sécurité de votre enfant, n'hésitez pas à contacter l'infirmière. En cas de reconduction d'un PAI déjà établi l'année précédente, merci de vous référer à l'annexe (renouvellement d'un PAI)**

**Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant** : généraliste ou pédiatre à préciser

.....

.....

Fait à ....., le ..... Signature