

INFIRMERIE

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

(Document à remettre à l'infirmière lors de l'inscription)

ELEVE

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Externe Demi-pensionnaire

Etablissement précédent :

Classe année précédente :

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Numéro de sécurité sociale :

.....

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Numéro de sécurité sociale :

.....

Médecin traitant :

Nom et adresse

Numéro de téléphone

Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ? Si oui, laquelle :

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. Toute sortie d'hôpital doit se faire avec un responsable légal.

Tableau à compléter

VACCINS :

DTP Date :

BCG Date :

ROR Date :

Hépatite Date :

Papilloma virus Date :

Asthme

Diabète

Epilepsie

Allergies (lesquelles).....

Autres :

**Merci de joindre la prescription médicale du traitement.
Pour les ½ pensionnaires, les allergies alimentaires
doivent être justifiées par un certificat médical.**



TSVP

Votre enfant est-il atteint d'un handicap ou trouble(s) nécessitant un aménagement particulier dans sa scolarité ?

Si oui lequel :

Votre enfant bénéficie t-il de : PAI PPS PPRE PAP Autres (précisez).....

Et pour quelle(s) raison(s) :

(Merci de joindre une copie des documents)

Si votre enfant bénéficie d'un suivi, veuillez cocher la ou les cases correspondante(s) :

- Orthophoniste Ergothérapeute Psychologue
 CMPP CMPEA Autres (Précisez) :

Nom du ou des Spécialistes :

Observations particulières :

.....

Conformément à la circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003 relative à l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) peut être établi à votre demande afin de favoriser la scolarité de votre enfant.

Ces renseignements permettront au service de santé de l'établissement de prodiguer les soins adaptés à votre enfant.

Vu et pris connaissance.

Date :

Le(les) représentant(s) légal (aux).

Signature(s).