

FICHE INFIRMERIE ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

Nom de l'élève : Prénoms : CLASSE :

Date de naissance : Sexe :

Adresse :

REGIME : Externe Demi-pensionnaire Interne

Etablissement scolaire d'origine :

PERE OU TUTEUR

Nom : Prénom :

Situation de famille :

Profession :

Tél. : 0262..... Portable :069..... E mail :

MERE OU TUTRICE

Nom : Prénom :

Situation de famille :

Profession :

Tél :0262..... Portable :069 E mail :

L'établissement scolaire ne se charge pas de reconduire chez lui un enfant souffrant. Vous êtes tenu de venir le chercher le plus rapidement possible et de signer une décharge. Seules les personnes (majeurs) inscrites sur la fiche ci- dessous sont autorisées à le prendre en charge. Une pièce d'identité lui sera réclamée.

Personnes désignées, lien de parenté, N° Tel. fixe ou portable :

.....

Si aucune de ces personnes n'est joignable, les secours seront avisés.

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est 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.

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Si l'élève suit un traitement médical joindre une ordonnance récente de moins de 3 mois et les médicaments correspondants, dans leur emballage d'origine. Toute prise de médicament devra faire l'objet d'une demande écrite des parents adressée à l'infirmière.

Il est important de signaler, **sous pli cacheté**, toute situation particulière à l'infirmière de l'établissement et ce, tout au long de la scolarité : **maladie, handicap, traitement, suivi médical, suivi psychologique en cours, dyslexie....**

Noter sur l'enveloppe le nom, prénom et classe de l'élève

ANTÉCÉDENTS

Interventions chirurgicales : (préciser la date)

.....
.....

Existe-t-il un déficit ?

Auditif Moteur Visuel Autres (précisez) :

Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté un des problèmes suivants ?

- Scoliose Convulsions /Epilepsie Asthme
- Diabète Cardiopathie Maladies articulaires
- Une maladie chronique Spasmophile
- Dyslexique, Dyspraxique, Dysorthographique, Dyscalculie (fournir un bilan orthophonique de moins de 2 ans)
- Autre
- Difficulté d'ordre : scolaire psychologique

Bénéficie-t-il d'un suivi ?

CMPP Psychologue Orthophoniste Autre (précisez).....

Nom du spécialiste..... tel.....

Présente-t-il une allergie?

- Respiratoire
- Alimentaire(s)
- Médicamenteuse

Autre :

A-t-il un traitement particulier ? Si oui, précisez :

.....
.....

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé ? oui non
Si oui, pourquoi ?

Quand ?

Votre enfant prend-il un traitement régulièrement (entourez la bonne réponse)?

oui non

En a-t-il besoin pendant son temps de présence dans l'établissement ? oui non

Votre enfant a-t-il une incapacité susceptible de lui interdire :

- la pratique du sport?
 - la pratique de la natation?
- Si oui nous fournir le certificat médical attestant de cette incapacité.

En cas d'inaptitude ponctuelle ou annuelle d'EPS, il sera demandé aux élèves concernés de faire remplir le formulaire médical type du Rectorat (disponible à l'infirmérie) et de le remettre en mains propres à leur professeur d'EPS dans les 8 jours suivants l'arrêt des activités sportives.

La dispense sera alors validée par l'établissement et l'élève devra assister obligatoirement au cours d'EPS adaptée où il sera noté en pratiquant des activités physiques prenant en compte son handicap.

Observations particulières :

Cochez la case s'il a déjà bénéficié de l'une des mesures suivantes :

- PAI (fournir la copie)
- PAP (fournir la copie)
- PPS (fournir la copie)

En souhaitez-vous la reconduction ?

- OUI
- NON

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement et/ou du service de santé scolaire en vue d'un accueil le mieux adapté à votre enfant :

- changement de situation familiale.....
- déménagement
- événement susceptible d'avoir un retentissement sur la vie scolaire.....
- nécessité d'un temps supplémentaire aux devoirs sur table et/ou aux examens.....

PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

La vaccination DTP (Diphhtérie – Tétanos – Polio) est **OBLIGATOIRE**

Date 1 ^{ère} injection	Date 2 ^{ème} injection	Date 3 ^{ème} injection
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

ROR	Date 1 ^{ère} injection	Date 2 ^{ème} injection
-----	---------------------------------	---------------------------------

Nom et adresse du Médecin traitant :

Tél. :

Cachet et signature du médecin :

En cas d'urgence, je soussigné(e) autorise, n'autorise pas (rayez la mention inutile) l'établissement à prendre toute disposition en fonction de la décision des services de secours.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Nom et Signature du ou des responsable(s) légal (légaux) :