

## FICHE INFIRMERIE – ANNEE SCOLAIRE 2022-2023

Classe : .....

Régime (entourez): Interne                      DP                      Externe

NOM .....PRÉNOM.....

Date et lieu de naissance : .....

Nombre de frères et sœurs .....Ages : .....

Nom du dernier établissement scolaire fréquenté :

.....

### RESPONSABLE(S) LEGAL (AUX)

	Adresse et numéro de téléphone	Profession
Père		
Mère	(Si elle est différente)	

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.  
Merci de faciliter notre tâche en nous communiquant au moins deux numéros de téléphone.

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement, et lien avec la famille : .....

.....

N° de sécurité sociale du responsable : .....

**Date du dernier rappel antitétanique:...../...../.....( Merci de fournir une photocopie des vaccins, obligatoire pour la visite médicale aux travaux réglementés)**

Nom – adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

.....

**Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement(précautions particulières à prendre, information pouvant faciliter la scolarisation)

.....

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital uniquement accompagné de sa famille.**

Vu et pris connaissance,

Le représentant légal,

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

SIGNATURE :

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à rendre sous enveloppe cachetée portant la mention «fiche médicale » avec nom, prénom et classe de l'élève)

**Fiche à compléter si votre enfant :**

- est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter **une prise de médicament durant le temps scolaire (joindre une ordonnance, la prise du traitement se fait à l'infirmier)**
- est susceptible de prendre **un traitement d'urgence**
- est atteint d'un handicap (moteur, visuel, auditif...) ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.
- présente des difficultés **particulières nécessitant des aménagements de la scolarité** (exemple : dyslexie)

NOM : ..... PRENOM : .....

Adresse : .....

TEL : ..... TEL. MOBILE : .....

TROUBLES MEDICAUX	TROUBLES DES APPRENTISSAGES
Nature : (asthme, allergie, épilepsie... etc) ..... ..... .....	Bénéficiait-il de ? :  - P.P.S. (Dossier PDPH) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  - P.A.P. (Aménagements pédagogiques) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  Lesquels : ..... .....
Souhaitez-vous la mise en place d'un protocole de soins dans le cadre scolaire, <b>PAI</b> ? (protocole d'urgence ou prise de médicaments)  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	- Aménagements aux examens Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  Suivi orthophonique : ..... .....
Dans le cas d'une <b>simple prise de Ventoline</b> , formulaire à l'infirmier à remplir par le médecin et joindre une ordonnance.	Suivi médico-psychologique : ..... .....
Port de lunettes ?  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Suivi médico-psychologique : ..... .....

Pour la mise en place de mesures particulières et pour établir **un projet d'accueil individualisé** – conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période - prenez contact dès la rentrée avec le médecin scolaire ou l'infirmière scolaire.

**Ligne directe infirmerie** : 02 62 92 95 31

A ....., le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Vu et pris connaissance,

Le représentant légal

SIGNATURE :