

## FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS (Infirmierie)

Nom : ..... Prénom : .....

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

Etablissement ou école d'origine .....

Classe fréquentée l'année précédente .....

Qualité :  Interne  ½ Pensionnaire  Externe

### Nom et n° de téléphone (fixe ou portable) des personnes à contacter en cas d'urgence susceptibles de prendre en charge l'élève :

1 – N° de téléphone du domicile ..... N° de portable.....

2 – N° de téléphone du travail du père ..... Poste.....

3 – N° de téléphone du travail de la mère ..... Poste .....

4 – Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement .....

5 – Nom et n° de téléphone du médecin traitant .....

### Si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire,
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence,
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire,

Il va de votre intérêt et de celui de votre enfant que ces informations soient parfaitement renseignées :

Antécédents médicaux (dates des maladies) .....

.....

Allergies éventuelles .....

.....

Traitement en cours (nom des médicaments) .....

.....

Antécédents chirurgicaux (dates) .....

.....

*En fonction de ces renseignements, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour, si nécessaire, établir avec vous les conditions d'accueil et de scolarisation adaptées à l'état de santé de votre enfant.*

L'infirmier(e) appliquera les traitements prescrits par le médecin de famille seulement si les médicaments sont accompagnés d'une photocopie de l'ordonnance. **Les internes devront obligatoirement déposer leur traitement à l'infirmierie.**

J'autorise mon enfant à être transporté dans le véhicule de service : dans le cas contraire, fournir une lettre explicite (voir règlement intérieur de l'établissement).

### **IMPORTANT (ne pas joindre de photocopie du carnet de santé)**

Date du dernier rappel de vaccin DTICOQ Polio : .....

ROR date de la 1<sup>ère</sup> injection : ..... Date de la 2<sup>ème</sup> injection : .....

**Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis sous pli cacheté à l'infirmierie.**

**SI BESOIN, VOUS POUVEZ CONTACTER L'INFIRMIERIE DE L'ETABLISSEMENT DU LUNDI AU VENDREDI AU : 02 98 43 82 33**

Signature de l'élève

Signature du / des représentant(s) légal(aux)