

FICHE INFIRMERIE**IDENTITE DE L'ELEVE**

Nom : Prénom :

Classe : Qualité : DP ☐ Externe ☐

Nom et Numéro de l'Assurance :

COORDONNEES DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL

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.

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Tél : 0596..... 0696..... Travail : 0596.....

Autre personne à contacter :

Nom : Prénom :

Adresse :

Lien de parenté : Coordonnées :

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.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Observations particulières que vous jugerez utiles à porter à la connaissance de l'établissement :

- Maladies chroniques : Asthme : ☐ Diabète ☐ Epilepsie : ☐ Drépanocytose : ☐ Allergies ☐
Autre : ☐
- Traitement en cours :

Bénéficie-t-il déjà d'un PAI ou une première demande est-elle nécessaire ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, veuillez-vous rapprocher du Médecin scolaire et/ou l'infirmier(ère) scolaire.

L'élève est-il à jour dans ses vaccinations ? Oui ☐ Non ☐ (Joindre impérativement une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé).

Nom et N° Tél. du Médecin traitant :

Date : Signature des parents :

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné(e), Monsieur et/ou Madame..... autorise l'anesthésie de notre fille/fils..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigüe à évolution rapide, elle/il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A..... Le.....

Signature des parents