

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELLES A
DESTINATION DE L'INFIRMERIE DE L'ÉTABLISSEMENT**

(à transmettre par mail ou par pli cacheté à l'infirmerie du collège si vous ne souhaitez pas communiquer ces informations par email)

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Établissement ou école d'origine :

Classe fréquentée l'année précédente :

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° du travail du père : Poste :

3 - N° 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) :

Suivi extérieur (orthophoniste, psychologue, CMPP ...) :

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.

Vaccinations : Joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé

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

Année scolaire 2020/2021

FICHE d'urgence (remplie par les parents) à transmettre par mail

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom des parents ou du responsable légal :

Adresse :

Nom du Centre de sécurité sociale :

Nom de la Mutuelle :

Nom de l'assurance scolaire :

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 :

1 - N° de téléphone du domicile : N° de portable :
2 - N° du travail du père : Poste :
3 - N° du travail de la mère : Poste :

4 - Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

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.**

En cas d'impossibilité de joindre un responsable de l'enfant et sur les consignes des services d'aide médicale d'urgence (15), le transport par véhicule sanitaire pourra être à la charge de la famille.

IMPORTANT: Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
(Dernier rappel entre 11 et 13 ans puis à 25 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre)

Nom, adresse et n° de téléphone du Médecin traitant :

