



FICHE INFIRMERIE



TRAITEMENTS MEDICAUX EN COURS. (Joindre une photocopie de l'ordonnance).

ANNEE SCOLAIRE 20.../20...

ELEVE: INA: \_\_\_\_\_ N°DN (CFS): \_\_\_\_\_
NOM: \_\_\_\_\_ Prénom(s): \_\_\_\_\_
Né (e) le: / / à (commune): \_\_\_\_\_

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. Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° Tél : \_\_\_\_\_
Lien de parenté : \_\_\_\_\_
2. Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° Tél : \_\_\_\_\_
Lien de parenté : \_\_\_\_\_
3. Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ N° Tél : \_\_\_\_\_
Lien de parenté : \_\_\_\_\_

En cas ou les parents ne peuvent être contactés, je soussigné (Nom /prénom du responsable légal)

\_\_\_\_\_ Autorise les services médicaux, en cas de nécessité, à prendre les mesures nécessaires à l'état de l'enfant et pratiquer les soins qui s'imposent dans le cadre de l'urgence.

En cas d'intervention chirurgicale ou d'hospitalisation, je souhaiterais qu'il soit, dans la mesure du possible, transféré vers l'établissement de soins ci-dessous :
Centre Hospitalier Territorial de \_\_\_\_\_
(Autre précisez) \_\_\_\_\_

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : \_\_\_\_\_
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)
Observation particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

A \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

L'élève ne doit pas être en possession de médicaments. Les médicaments doivent être déposés ou envoyés au responsable avec ordonnances.
L'établissement est déchargé de toute responsabilité en cas d'accident survenu résultant du non respect de cette règle.

VACCINATIONS : Obligatoires

D.T.P. (Diphtérie, Tétanos, Polio) Date : \_\_\_\_\_
Hépatite B Date : \_\_\_\_\_
ROR Date : \_\_\_\_\_

REACTIONS ALLERGIQUES MEDICAMENTEUSES OU ALIMENTAIRES.

OBSERVATIONS PARTICULIERES.

L'élève est-elle/il mère/père de famille ? Oui Non
L'élève doit-il porter des lunettes ? Oui Non
A-t-il des problèmes d'audition ? Oui Non
Un suivi psychologique est-il en cours ? Oui Non

Où une consultation spécialisée précisez : (aptitude à vivre en collectivités)

Autres remarques (précisez) : \_\_\_\_\_

ANTECEDENTS MEDICAUX

Maladies de l'enfance : \_\_\_\_\_

Autres maladies (Rhumatisme Articulaire Aigu, Asthme, Diabète, Epilepsie, Hémophilie, Spasmodie, Tétanie, Maladie cardiaque) \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_
Accidents : \_\_\_\_\_

Interventions chirurgicales : \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

-Joindre une photocopie de la carte verte pour bénéficiaire du tiers payant