

FICHE INFIRMERIE

NOM : **PRENOM :** **SEXE :** F / M
Né(e) le :/...../..... **A :**
Adresse :
Code postal : **Ville :**
Régime : Demi-pensionnaire Externe
Nom du représentant légal 1 :
☎ **domicile :** ☎ **portable :**
✉ **mail :**@.....
.....
Nom du représentant légal 2 :
☎ **domicile :** ☎ **portable :**
✉ **mail :**@.....
.....
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 le maximum de numéros de téléphone.
Nom de la personne 1 :
Tel :
Nom de la personne 2 :
Tel :
En cas d'accident ou de situation particulière, le collège appelle le samu (15),
En cas d'urgence un élève accidenté ou malade est orienté et transporté vers l'hôpital de rattachement, moyen dont la charge éventuelle incombe à la famille. Celle-ci est immédiatement avertie par nos soins.
Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

ETABLISSEMENT PRECEDENT **Nom :**
Adresse :

N° de SECURITE SOCIALE du titulaire où figure l'enfant :

Date du dernier rappel ANTITETANIQUE :/...../..... **(merci de joindre une copie des vaccins)**

OBSERVATIONS PARTICULIERES (que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'établissement)

- **ALLERGIE(S) :**
- **TRAITEMENT EN COURS :**
- **PRECAUTIONS PARTICULIERES A PRENDRE :**

MEDECIN DE FAMILLE / **Nom :** **Tel :**

<u>SIGNATURES :</u>		
Père	Mère	Tuteur (trice)

SI VOTRE ENFANT DOIT PRENDRE UN MEDICAMENT DURANT LE TEMPS SCOLAIRE, MERCI DE CONTACTER L'INFIRMIERE.

- **N'oubliez pas de signaler** à l'infirmière de l'établissement toute maladie, accident ou problème survenant durant l'année scolaire, ainsi que toutes **modification des coordonnées téléphoniques des responsables légaux.**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Fiche à compléter 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

Besoins particuliers nécessaires à votre enfant
ou maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

*En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous pouvez demander la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**, 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. Votre enfant aura ainsi la possibilité de prendre au collège le traitement prescrit par le médecin.*

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

*Vu et pris connaissance,
Le représentant légal*

Date

Signature