

FICHE INFIRMERIE

Année scolaire 2024-2025

Classe à la rentrée 2024 :

IDENTITE DE L'ÉLÈVE :

Nom : _____ Sexe : F M
Prénoms : _____ Nationalité : _____
Né(e) le : ____/____/____ à : _____
Tél. portable : _____

RESPONSABLE LEGAL

Lien avec l'élève : Père Mère Responsable ou tuteur Autre, précisez : _____
Nom, prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _

Centre de sécurité social de rattachement de l'élève : _____
Mutuelle : Nom : _____ N° de contrat : _____

En cas d'urgence à quel numéro de téléphone peut-on vous joindre ?

Portable : Mère : _____ Père : _____
Autres, précisez : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Merci de joindre les photocopies du carnet de vaccination.

En cas d'urgence, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée. Un élève accidenté ou malade peut être 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.

Signatures : Mère

Père

Responsable ou Tuteur

Cette fiche est obligatoire, il en va de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

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.

• A-t-il eu un projet d'Accueil Individualisé les années précédentes (P.A.I) : Oui Non

• Souhaitez-vous un PAI pour l'année scolaire 2024 / 2025 : Oui Non

Si Oui, autorisez-vous qu'il soit diffusé à ses professeurs et à la vie scolaire (Via PRONOTE) pour l'année scolaire 2024/2025 afin que son problème de santé soit pris en charge le plus efficacement possible Oui Non

• S'il bénéficie d'aménagements pédagogiques est-ce dans le cadre d'un : PPRE PAP PPS

Si votre enfant a une reconnaissance handicap, merci de noter le numéro de dossier MDPH _____

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, merci de bien vouloir renseigner le tableau ci-dessous :

Maladie dont souffre votre enfant :	Traitement :	Médecin prescripteur :
Contre-indication éventuelle : 		
Observation particulière : 		

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal

Date :

Signature :