



ANNEE SCOLAIRE 2023/2024
Fiche Infirmierie
Classe

Ecole d'origine :

Nom de l'élève :

Prénom :

Date de naissance :

Régime : Externe Demi- Pensionnaire

	Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre Précisez :	Responsable légal 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre Précisez :
Nom - Prénom		
Adresse		
Domicile		
Portable		
Professionnel		

Autres personnes autorisées à venir chercher l'élève si besoin :

Nom prénom		
Lien de parenté		
Téléphone		

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)
responsable légal de l'élève

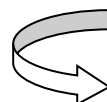
Donne l'autorisation à l'établissement d'appeler les secours si l'état de santé de mon enfant le nécessite, afin qu'il soit prit en charge et/ou transporté à l'hôpital.

Autorise l'anesthésie et la pratique d'un acte chirurgical sur mon enfant au cas où il serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

A
Le

Signature

Renseignements à fournir au dos



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Médecin traitant :

Tél :

Ville :

Opérations subies (nature & date) :

.....

.....

.....

Votre enfant est-il :

Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament pendant le temps scolaire.

oui

non

Si oui, quelle maladie et quel traitement :

.....

.....

.....

.....

ALLERGIES :

Médicamenteuse

Alimentaires

Autres (précisez)

Susceptible de prendre un traitement d'urgence.

oui

non

Si oui, lequel :

.....

.....

.....

.....

Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire (dyslexie, autre...)

oui

non

Si oui, lequel :

.....

.....

.....

.....

Information que vous souhaitez porter à son dossier médical :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....