



PHOTO

Promotion de la santé en faveur des élèves - Service infirmier – Année scolaire 2021/2022

FICHE INFIRMERIE CONFIDENTIELLE**NOM de l'ÉLÈVE :**

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Situation familiale des parents :

Mariés veuf(e) divorcés célibataires **CLASSE :**Qualité : Externe Demi-pensionnaire Interne

Dernier établissement fréquenté :

Tél portable de l'élève

Âges des frères Âges des sœurs **Responsable légal 1** (à contacter en priorité)

NOM :

Adresse

Prénom :

Profession :

Tél portable

Tél travail

Tél domicile

Courriel :

Responsable légal 2

NOM :

Adresse

Prénom :

Profession :

Tél portable

Tél travail

Tél domicile

Courriel :

Personne à prévenir en cas d'urgence (impératif) si les parents ne sont pas joignables :

NOM :

Tél fixe

Tél portable

Médecin traitant :

Adresse :

Tél

N° sécurité sociale et caisse du resp. légal :

Nom et adresse de la compagnie d'assurance de l'élève :

N° de police de la compagnie d'assurance :

INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, il est fait appel au SAMU (15) qui décide du lieu d'hospitalisation le plus adapté. La famille est avisée immédiatement.

RECTO/VERSO...

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

VACCINATIONS (Remarque : les nouvelles dispositions vaccinales concernent les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018)

Date du dernier rappel D.T.Polio (**obligatoire pour TOUS**) :

Dernier rappel Hépatite B (**obligatoire pour la formation en ASSP**) :

Date du BCG (**obligatoire pour la formation en ASSP**) :

Date de résultats du dernier test tuberculine (IDR) :

R-O-R (**très fortement conseillé pour la formation en ASSP**) :

Remarque : pensez au CVE (Carnet de Vaccinations Electronique) : pour le créer, aller sur le site : « mesvaccins.net »

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE (entourer le(s) problème(s) et préciser)

Allergies médicamenteuses :

Allergies alimentaires :

Tétanie / Asthme / Diabète / Spasmophilie / Cardiopathie / Autres :

Problèmes de vision :

Problèmes d'audition :

Fournir un protocole d'urgence avec la conduite à tenir (élaboré, daté et signé par votre médecin)

INTERVENTION(S) CHIRURGICALE(S) et DATE(S) :

AMÉNAGEMENT SCOLAIRE :

A-t-il bénéficié d'un aménagement scolaire pendant l'année précédente : OUI NON

Si oui, lequel : PAI PPS PAP 1/3 temps CNED

Merci de fournir la copie des documents de l'aménagement en question.

Fournir copie des dernières notifications pour les PPS (exemples : tiers-temps, AESH,...)

AUTRE(S) RENSEIGNEMENT(S) que vous jugerez utile(s) de porter à la connaissance de l'infirmière :

TRAITEMENT(S) :

L'élève prend-il un **TRAITEMENT** actuellement : OUI NON

Si oui, noms des médicaments pris **SUR TEMPS SCOLAIRE** :

Pris **HORS TEMPS SCOLAIRE** :

Remarque : Les médicaments doivent être déposés obligatoirement à l'infirmierie avec l'ordonnance. Les élèves peuvent garder des médicaments sur eux lorsque cela est prescrit explicitement par le médecin en cas de nécessité absolue (ex : Ventoline). Toute modification de prescription doit être signalée par écrit à l'infirmière.

EN CAS DE MAUX PASSAGERS (céphalées, maux de ventre, etc...)

Autorisez-vous l'infirmière à administrer du paracétamol (Doliprane), du Spasfon, du Smecta à votre enfant ?
OUI NON

A _____, le _____

Signature du représentant légal, précédée de la mention « lu et approuvé »

...RECTO/VERSO