

Autorisation de traitement

Je soussigné(e), responsable légal 1 : Père Mère
Mettre une croix dans la case correspondante :

- déclare autoriser le Chef d'établissement à prendre les mesures nécessaires

pour faire assurer le transport :

vers :

- un cabinet médical
- un centre hospitalier

EN CAS D'URGENCE LE S.A.M.U. sera alerté et prendra toutes les mesures utiles et nécessaires.

A..... le 2018

Signatures :

Père, Mère,

Elève ou étudiant :

INFIRMERIE

Année scolaire 2018/2019

Fiche de renseignements

Pour toutes informations médicales confidentielles, les transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention Mme Martin

NOM : Classe :

Prénom : Externe Demi-Pens. Interne

N° Portable élève :

Né(e) le à :

Nom et adresse du dernier établissement fréquenté :

.....

Classe :

Responsable légal 1 :

Nom : Prénom :

Lien avec l'élève :

Adresse :

N° Tél. domicile : N° Tél. travail :

Profession : N° Portable :

Autre responsable :

Nom : Prénom :

Lien avec l'élève :

Adresse :

N° Tél. domicile : N° Tél. travail :

Profession : N° Portable :

Autre personne à contacter éventuellement :

Nom : Prénom :

N° Tél. domicile : N° Tél. travail :

N° Portable :

Agrafer la photo de l'élève

VACCINATIONS

(Photocopie des vaccins à joindre agrafées à cette fiche)

L'élève ou l'étudiant est-il ?

- asthmatique allergique
 diabétique si oui précisez :
 épileptique hémophile

Autres maladies ?

- >
>

Accidents survenus antérieurement ?

.....
.....

A-t-il subi des interventions chirurgicales ? Si oui, lesquelles ?

Précisez les dates.

.....
.....
.....

Est-il en consultations spécialisées ?

(O.R.L. – ophtalmologie – orthodontie – CMP...)

.....
.....
.....

Prend-il régulièrement un traitement médical ?

Si oui, précisez :

.....
.....

A-t-il bénéficié d'un PAI en 2017-2018 ? :

Avez-vous autre chose à signaler ?

.....
.....

Dates des vaccinations suivantes ?

- Dernier rappel antitétanique

.....
-hépate B

-B.C.G. :

-ROR.....

Joindre la photocopie des vaccinations du carnet de santé

N° de sécurité sociale du responsable légal 1 ou de l'élève si + de 16 ans :

/ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Assurance scolaire :

Mutuelle :

Pour les internes : joindre les photocopies de : attestations de sécurité sociale et de mutuelle.

Tous les médicaments doivent être déposés à l'infirmierie avec l'ordonnance ou la photocopie

Composition de la famille :

Nombre de frères et sœurs :

Nom du médecin de famille :

Adresse et n° de téléphone :