

FICHE INFIRMERIE OBLIGATOIRE

Si vous avez des informations **CONFIDENTIELLES**, vous pouvez envoyer un mail à servicesante.parentis@ac-bordeaux.fr

NOM - PRENOM :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Niveau de classe :

LGT ST EXUPERY :

2nde

1ère

Terminale

Prénom et classe des frères ou sœurs :

ADRESSE:

Tel portable :

Tel portable de l'élève :

E mail :

| <u>RESPONSABLE PREFERENTIEL</u> | <u>RESPONSABLE LEGAL 2</u> |
|--|--|
| Nom et Prénom (1) | Nom et Prénom (1) : |
| TEL domicile : TEL professionnel : Adresse (si différente) : | TEL domicile : TEL professionnel : Adresse (si différente) : |

Médecin traitant : M

Adresse :

N° de téléphone :

N° de Sécurité Sociale :

(Obligatoire en cas d'évacuation de l'élève vers un centre hospitalier)

Exceptionnellement si je ne peux pas venir chercher mon enfant, ou si je ne suis pas joignable, j'autorise la (les) personne(s) suivante(s) à le (la) prendre en charge.

Nom et prénom de la personne

N° de téléphone :

DATE DU DERNIER RAPPEL VACCIN DTP :

Merci de joindre une photocopie des vaccins

(1) précisez si divorce ou décès de l'un des parents

Renseignements médicaux :

Votre enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles OUI NON

Si oui précisez : myopie astigmatie hypermétropie autre :

Votre enfant présente-t-il :

Asthme Hémophilie Diabète Epilepsie Spasmophilie crise d'angoisse

Dyslexie Dyspraxie Autres (à préciser)

A-t-il subi des interventions chirurgicales ? OUI NON

Si oui préciser lesquelles :

Votre enfant est-il allergique ?

OUI (à préciser ci-dessous) NON

Votre enfant suit-il un traitement ?

Nom du médecin spécialiste

Attention : L'infirmière n'est pas habilitée à donner des médicaments sans prescription médicale.

Ainsi, si votre enfant prend un traitement pendant ses temps scolaires (même pour asthme, migraine, dysménorrhées...), a un souci de santé en particulier, a un PAI ; **il est indispensable dans son intérêt de vous rendre à l'infirmierie de l'établissement ou de contacter les infirmières** par mail afin de les informer et de remplir les documents nécessaires.

Coordonnées :

Tel : 05.58.78.92.86

Mail : servicesante.parentis@ac-bordeaux.fr

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a-t-il été mis en place dans sa scolarité antérieure ?

OUI NON

Si oui, souhaitez-vous le reconduire ?

OUI NON

Un PAP a-t-il été mis en place dans sa scolarité antérieure ?

OUI NON

Un PPS a-t-il été mis en place dans sa scolarité antérieure ?

OUI NON

Votre enfant est-il suivi par un psychologue ou un psychiatre ?

OUI NON

Nom :

Votre famille est-elle accompagnée par les services sociaux ?

OUI NON

Assistante sociale :

Nom :

Éducatrice :

Nom :

Avez-vous autre chose à nous signaler?

Je soussigné(e)

le père (ou resp. legal) ou la mère (ou resp. legal) ou la personne en charge de l'élève (Cochez l'une des situations)

certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts.

Date et signature

Cocher pour signature ou apposer votre signature électronique