



FICHE D'INFIRMERIE*

Année scolaire 200.. /200..

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Classe :

Interne

Interne de semaine

Demi-pensionnaire

Externe

Nom et adresse des parents ou du représentant légal.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale

N° et adresse de l'assurance scolaire

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° de téléphone du travail du père :

3. N° de téléphone du travail de la mère :

4. Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est 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.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés,, autorisons l'anesthésie de notre fils/fille..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A, le

Signature des parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

NOM, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

Pour les élèves étrangers, **correspondant en France** :

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. :

*Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière de l'établissement.