

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS à destination de
L'INFIRMERIE DE L'ETABLISSEMENT**

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Classe en 2025-2026 :**

Numéro de sécurité sociale élève :

(numéro visible sur l'attestation d'ayant droit des parents)

Nom et Coordonnées de la Mutuelle :

Externe ☐

Interne ☐

Demi-pensionnaire ☐

Représentants légaux	
<u>Responsable légal 1</u> (qui paie les frais scolaires)	<u>Responsable légal 2</u>
NOM et Prénom :	NOM et Prénom :
<p style="text-align: center;">Précisez où l'enfant vit <u>habituellement</u></p> <p> <input type="checkbox"/> domicile commun <input type="checkbox"/> chez le représentant légal 1 * <input type="checkbox"/> chez le représentant légal 2 * <input type="checkbox"/> garde alternée* </p>	
Adresse : CP : Ville :	Adresse : CP : Ville :
Téléphone domicile : Téléphone professionnel : Portable :	Téléphone domicile : Téléphone professionnel : Portable :
Mail :	Mail :
Tuteur / Foyer / Référent	
NOM et Prénom :	
Adresse :	
CP : Ville :	
Téléphone : Mail :	

NOM et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

- **Antécédents médicaux et chirurgicaux (dates) :**
.....
.....
- **Allergies éventuelles :**
.....
.....
- **Traitement en cours (nom des médicaments) :**
.....
.....
- **Hospitalisations :**
.....
.....
- **Votre enfant bénéficie d'un aménagement particulier de sa scolarité :**

☐ OUI * ☐ NON

- ☐ PAI ☐ PAP ☐ PPS
☐ AVS/AESH préciser (AESH mutualisé, individuel, nombre d'heures)
☐ Matériel Pédagogique Adapté



Merci de contacter le Médecin Scolaire dès la rentrée pour mettre en place les aménagements

L'infirmier(e) appliquera les traitements prescrits par le médecin de famille seulement si les médicaments sont accompagnés d'une photocopie de l'ordonnance. **Les internes doivent impérativement déposer leur traitement à l'infirmerie.**

IMPORTANT :

Date du dernier rappel de vaccin DTICOQ polio :

ROR date de la 1^{ère} injection : date de la 2^{ème} :

Nouveauté :

Contre Indication à l'administration de comprimé d'Iode de Potassium :

☐ OUI ☐ NON

Autre information que vous jugez nécessaire :

.....
.....

RAPPEL:

En cas d'accident bénin ou maladie, il est de la responsabilité des parents de venir chercher et d'accompagner leur enfant mineur vers une structure de soins de leur choix.

En cas d'accident grave ou urgence médicale, la décision de transport immédiat sera soumise à la responsabilité du centre 15.

Date :

Signature du représentant légal