

FICHE MEDICALE

Année scolaire 2022/2023

NOM DE L'ELEVE : Prénom :

Classe: Date de naissance :

L'enfant vit avec : ses parents sa mère son père une structure d'accueil un tuteur

NOM DES PARENTS OU DES RESPONSABLES :

ADRESSE

CP.....VILLE.....

N° DE SECURITE SOCIALE :

N° de l'assurance scolaire et adresse :

.....

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

1) Domicile :

2) Travail du père (facultatif) : Portable :

3) Travail de la mère (facultatif) : Portable :

4) Autre personne à joindre :

Il est impératif de communiquer tout changement de coordonnées au secrétariat.

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 prévenue par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

QUESTIONNAIRE

VACCIN OBLIGATOIRES*	OUI	NON	DATES DERNIER RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
DT Polio				Hépatite B	
				ROR	
				Coqueluche	
				BCG	
				Autre (préciser)	

*** Joindre photocopie des pages de vaccinations**

ALLERGIE	NON	OUI (Précisez)	Traité par :	Non traité :
Alimentaire				
Médicamenteuse				
Autre (précisez)				

MALADIE	NON	OUI (Précisez)	Traité par :	Non traité :
Asthme				
Epilepsie				
Diabète				
Autre (précisez)				

NOM DU MEDECIN TRAITANT ET TEL :

L'élève suis -il un traitement au long court sur le temps scolaire* : Oui / Non

*Si oui prendre contact avec l'infirmière afin de mettre en place un **PAI** qui sera obligatoirement à joindre avec une **ordonnance récente** et les **médicaments correspondants** (boîte de médicament dans sa boîte d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRAS ETRE ADMINISTRER SANS ORDONNANCE + PAI

Avez-vous autre chose à nous signaler pour la prise en charge de votre enfant en cas d'hospitalisation (antécédant médicaux, accidents, crise convulsive, opération, hospitalisation.....) :

.....

« Tous les champs sont obligatoirement remplis pour permettre la prise en charge de l'élève par les services d'infirmierie »

Je, soussigné(e) M./Mme..... consens au traitement d'informations concernant la santé de l'élève aux fins de gestion administrative et de suivi médical et sanitaire.

Date

Signature du ou des responsables :