

## **FICHE INFIRMERIE OBLIGATOIRE**

**Si vous avez des informations CONFIDENTIELLES, vous pouvez envoyer un mail à [infirmieriecitescolaireparentis@gmail.com](mailto:infirmieriecitescolaireparentis@gmail.com)**

**NOM - PRENOM :**

**Date de naissance :**

**Lieu de naissance :**

**Niveau de classe :**

LGT ST EXUPERY :  2nd

1ère

Terminale

**Prénom et classe des frères ou sœurs :**

**ADRESSE:**

**Tel portable :**

**Tel portable de l'élève :**

**E mail:**

<b><u>RESPONSABLE PREFERENTIEL</u></b>	<b><u>RESPONSABLE LEGAL 2</u></b>
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 :

*(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 : [infirmieriecitescolaireparentis@gmail.com](mailto:infirmieriecitescolaireparentis@gmail.com)

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

Si oui, souhaitez-vous le reconduire? 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