* + - * ***FICHE INFIRMERIE OBLIGATOIRE***
      * **Si vous avez des informations CONFIDENTIELLES, vous pouvez envoyer un mail à** [**infirmeriecitescolaireparentis@gmail.com**](mailto:infirmeriecitescolaireparentis@gmail.com)

**NOM - PRENOM :**

**Date de naissance :**   **Lieu de naissance :**

**Niveau de classe**:

LGT  ST EXUPERY : o 2nde o 1ère o Terminale

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

**ADRESSE:**

**Tel portable :** **Tel portable de l'élève :**

**E mail :**

|  |  |
| --- | --- |
| * + - * + **RESPONSABLE PREFERENTIEL**   **Nom et Prénom***(1)* | * + - * + **RESPONSABLE LEGAL 2**   **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 r NON r

Si oui précisez : myopie r astigmatie r hypermétropie r autre :

Votre enfant présente-t-il :

Asthme r Hémophilie r Diabète r Epilepsie r Spasmophilie r crise d'angoisse r Dyslexie r Dyspraxie r Autres *(à préciser)* r

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

Si oui préciser lesquelles :

Votre enfant est-il allergique ?

|  |  |
| --- | --- |
| r OUI *(à préciser ci-dessous)* | r 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'infirmerie 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 : [infirmeriecitescolaireparentis@gmail.com](mailto:infirmeriecitescolaireparentis@gmail.com)

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

Si oui, souhaitez-vous le reconduire ? OUI r NON r

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

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

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

Nom :

Votre famille est-elle accompagnée par les services sociaux ? OUI r NON r

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**