

<b>FICHE INFIRMERIE</b>
-------------------------

*Document non confidentiel*

Nom et Prénom de l'élève.....

Classe.....

<b>Moyens rapides pour contacter la famille en cas d'urgence</b>
--

N° téléphone du domicile \_\_\_\_\_

N° téléphone du travail : du Père \_\_\_\_\_ de la Mère \_\_\_\_\_

**Autre personne :**

NOM \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

S'il était impossible de me joindre, j'autorise l'Administration de l'Etablissement à prendre toutes mesures utiles en vue d'une intervention chirurgicale ou pour une hospitalisation.

- Mon enfant sera transporté dans le centre hospitalier de rattachement (pour les services d'urgence et ambulances privées).
- Je m'engage à prendre en charge les frais occasionnés par l'incident.
- Je m'engage à rembourser les frais pharmaceutiques. (Visite de médecin, ambulance privée .....

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'élève,

Signature du représentant légal,

***Toute information confidentielle est à transmettre sous pli cacheté  
à l'attention de l'infirmière scolaire***

L'élève suit-il un traitement médical ? \_\_\_\_\_ Si oui, Lequel ? \_\_\_\_\_

Est-il allergique ? \_\_\_\_\_ Si oui, à quoi ? \_\_\_\_\_

**Vaccinations et sérums :**

Joindre **OBLIGATOIREMENT** la photocopie du carnet de santé (pages des vaccinations) ou fournir un certificat de vaccination.

Un protocole particulier d'aménagement a-t-il été mis en place pour votre enfant dans l'établissement précédent ? OUI  NON

Si oui : PAI  PPS

Demande de renouvellement du PAI : OUI  NON

<b><i>Toute modification aux renseignements fournis, survenant en cours de scolarité, devra être signalée immédiatement.</i></b>
--