

FICHE D'URGENCE INFIRMERIE 2022-2023

NOM : PRÉNOMS :

Classe : Date de naissance :/...../.....

Etablissement fréquenté l'année précédente:

En classe de :

Agrafer
votre
photo
récente ici

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre personne à prévenir en cas d'urgence
Nom et prénom			
Adresse complète			
Tel Fixe/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Tel Portable/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Tel Travail/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
Lien de parenté avec l'élève			

N° et adresse de centre de sécurité sociale :
.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :
.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :
.....

En cas d'urgence : un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services d'urgence vers l'hôpital selon les modalités définies par le SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Le questionnaire suivant est confidentiel. Les informations divulguées seront uniquement connues par l'infirmière de l'établissement ainsi que par le Médecin de l'Education Nationale.

Votre enfant :

- A-t-il une pathologie particulière ?

- Asthme	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- Eczéma	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Diabète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- Spasmophilie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Epilepsie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	- Tétanie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Hémophilie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

- Autres (précisez) :

Si oui, a-t-il un traitement spécifique en lien avec ces pathologies ?

Oui (précisez) :

Non

- Souffre t-il d'une allergie ? Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles :

- A-t-il subi une intervention chirurgicale ? Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles :

- A-t-il une contre indication à la pratique de l'éducation physique et sportive ?

Oui* Non

Si oui : Totale partielle : précisez :

***Si oui, fournir un certificat médical**

- Souffre-t-il de troubles d'apprentissage de type dyslexie : Oui Non

- A-t-il déjà bénéficié d'un suivi orthophonique ? : Oui Non

Si oui, pour quelles raisons ? :

Si votre enfant est atteint d'une maladie ou d'un problème de santé susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez le signaler et prendre contact avec l'infirmière de l'établissement.



Tous les médicaments (même à prise temporaire) doivent être déposés et pris à l'infirmierie. Les élèves qui suivent un traitement fourniront une photocopie ou le double de la prescription médicale ainsi qu'une autorisation écrite des parents.

Merci d'agrafer avec cette feuille les photocopies de vaccination de votre enfant.

Date :

Signature du responsable légal :