

## FICHE INFIRMERIE NON CONFIDENTIELLE

ANNEE SCOLAIRE 20 / 20

NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....CLASSE.....

DEMI PENSIONNAIRE    INTERNE    EXTERNE    (merci de rayer les mentions inutiles)

ADRESSE DE L'ELEVE.....

TEL DE L'ELEVE.....NUMERO DE SECURITE SOCIALE.....

NOM + TELEPHONE + MAIL RESPONSABLE 1 :	NOM + TELEPHONE + MAIL RESPONSABLE 2 :	NOM + TELEPHONE + MAIL AUTRE PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VOUS PREVENIR RAPIDEMENT :
PRENOM + AGE DE LA FRATRIE ET LIEUX DE SCOLARISATION	PRENOM + AGE DE LA FRATRIE ET LIEUX DE SCOLARISATION	PRENOM + AGE DE LA FRATRIE ET LIEUX DE SCOLARISATION
AUTRE :		

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

**Autorisation d'intervention chirurgicale :**  
 Nous soussignés, Mr et/ou Mme .....  
 Autorisons l'anesthésie de notre enfant....., au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.  
 A..... Le.....Signatures

Date du dernier rappel de vaccin DTCoqPOLIO ou DTP .....	Nom et téléphone du médecin traitant : .....
-------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

**Fournir photocopie des pages de vaccinations**

**Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)  
 .....  
 .....

Pour tout troubles de la santé, **un PAI (projet d'accueil individualisé)** est vivement recommandé. Merci de transmettre le **plus rapidement possible** à l'infirmière de l'établissement, ou en son absence, au Directeur d'école, Chef d'établissement, sous enveloppe nominative à l'attention du médecin de l'Education nationale ou de l'infirmière, les **imprimés PAI** correspondant à la pathologie, renseignés par vous et le médecin de votre enfant. Le PAI devra être accompagné de **l'ordonnance de traitement** datée pour **l'année scolaire en cours** ainsi que la **trousse d'urgence** (matériel nécessaire, et les médicaments avec date de validité en cours). Ces imprimés PAI sont téléchargeables sur :  
<https://eduscol.education.fr/1207/poursuite-de-la-scolarite-avec-des-traitements-medicaux-particuliers>

**Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un PAI – PPS (MDPH)    oui - non    si oui, en quelle année.....**

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire en contactant l'infirmière de l'établissement.

A .....le.....Signatures