

# FICHE INFIRMERIE

Année scolaire : 20 / 20 classe  
Année scolaire : 20 / 20 classe  
Année scolaire : 20 / 20 classe

E L È V E

NOM \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : / / // // // // // // //

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : / / / / / / / / /

Ville : \_\_\_\_\_

N° sécurité sociale : / \_\_\_\_\_ /

Vit avec :  ses parents  sa mère  son père

Autre situation (préciser) : .....

Etablissement scolaire précédent : .....

Merci de  
Coller la  
photo de  
l'élève

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

**PERE**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : / / / / / / / / / / / / / / / /

☎ Portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Profession : \_\_\_\_\_

☎ Professionnel : \_\_\_\_\_

**MERE**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : / / / / / / / / / / / / / / / /

☎ Portable : / / / / / / / / / / / / / / / /

Profession : \_\_\_\_\_

☎ Professionnel : \_\_\_\_\_

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :**

1 -  Mère  Père

2 - Autre personne à prévenir rapidement : \_\_\_\_\_

☎ : / / / / / / / / / / / / / / / /

☎ : / / / / / / / / / / / / / / / /

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est transporté à l'hôpital général de Compiègne. La famille est avertie par nos soins. Un élève mineur ne pourra quitter l'hôpital qu'accompagné de sa famille, aucun médecin ne se déplace au sein de l'Etablissement.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous pli fermé à l'attention de l'infirmière de notre Institution.

Allergies connues oui non lesquels ? .....

Asthme oui non traitements ? .....

Diabète oui non

Epilepsie oui non

Suivi médico psychologique oui non préciser : .....

Maladies connues :  
.....

Traitement régulier :  
.....

Antécédents médicaux chirurgicaux importants : .....

Etat de santé actuel poids : taille :

Avez-vous un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? oui non

Souhaitez-vous le renouveler cette année ? oui non (si oui merci de nous fournir une copie)

Avez-vous bénéficié d'un aménagement scolaire particulier ? oui non motif ?.....

Lequel? PAP PPS (MDPH) 1/3 temps CNED Autre.....

Date de la dernière vaccination antipolio-antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheuse : .....

Date de la dernière vaccination Rubéole – Oreillons – Rougeole (R.O.R.) : .....

**AUTORISATION PARENTALE :**

Je soussigné(e) ....., agissant en qualité de : ..... autorise l'équipe médicale à intervenir en cas d'intervention chirurgicale.

Signature