



FICHE D'INFIRMERIE

NOM :

Date de naissance :

Prénom :

Régime : externe / demi-pensionnaire

Classe :**NOM du responsable légal :**

Adresse :

N° Sécurité sociale :

Adresse :

N° Assurance scolaire :

Adresse :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant **au moins un n° de téléphone :**

☎ élève domicile :

Portable :

☎ père domicile :

Travail :

Portable :

☎ mère domicile :

Travail :

Portable :

Autres personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :

NOM :

☎ domicile

Travail :

Portable :

NOM :

☎ domicile

Travail :

Portable :

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 par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : / /

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

NOM du médecin traitant :

Adresse :

☎ :

- Document non confidentiel.
- Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.