

Collège Pablo Picasso – Année scolaire 2023-2024

FICHE D'INFIRMERIE Classe de l'élève :

CONFIDENTIEL

Nom de l'élève :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
Téléphone fixe :
Téléphone portable du père :
Téléphone portable de la mère :

Nom et prénom du père (ou responsable légal) :
.....
Profession :
Tél. employeur :

Nom et prénom de la mère (ou responsable légal) :
.....
Profession :
Tél. employeur :

Autre personne susceptible de vous contacter rapidement :
Nom :
Prénom :
Téléphone :

L'élève réside :
chez son père chez sa mère chez ses parents
autre dans ce cas préciser nom et n° de téléphone :
.....

Nom de l'établissement où était scolarisé l'élève
précédemment :
.....

Les renseignements demandés ci-dessous peuvent être très utiles à l'infirmière pour la prise en charge de votre enfant. Ils resteront strictement confidentiels.

Vaccinations :
Date du dernier test tuberculinique (monotest ou IDR) :
Date du dernier rappel DT Polio :

Problèmes de santé éventuels ?
.....
.....
.....

Allergies connues à certains médicaments (à préciser)
.....
Allergies alimentaires connus (à préciser)
.....

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ?
Si oui, lequel ?
.....
(Il est possible de stocker les médicaments de votre enfant à l'infirmierie du collège et d'en confier l'administration à l'infirmière.)

Souhaitez-vous signaler autre chose concernant votre enfant ?
.....
.....
.....

Prière de me signaler tout changement intervenant en cours d'année.
N'hésitez pas à me contacter en cas de problème ou pour des questions particulières.
Votre enfant a-t-il un suivi orthophonique en cours :
A-t-il un autre suivi médical (préciser)

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.

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

Nom, adresse et n° de téléphone de votre médecin traitant :.....
.....
.....

A, le

Signature :