



# FICHE INFIRMERIE

4 SEPTEMBRE 1870

Années : .....

Classes : .....

Régime: Externe  DP  Interne

Etablissement scolaire précédent (Nom,ville, département): .....

**NOM:** ..... **PRENOM:** .....

Né(e) le : ..... à : ..... Département: .....

N° tél élève: .....

## RESPONSABLE LEGAL 1

## RESPONSABLE LEGAL 2

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....  
.....  
.....

Adresse (Si différente): .....  
.....  
.....

N° domicile : .....

N° domicile : .....

N° portable : .....

N° portable : .....

Profession : .....

Profession : .....

N° travail : .....

N° travail : .....

adresse mail : .....

adresse mail : .....

### Personne à prévenir au cas où vous ne seriez pas joignable:

Nom/prénom : ..... N° tél: .....

Autre personne ayant en charge éventuellement l'élève : .....  
(éducateur/trice, Foyer, Famille d'accueil, Etablissement spécialisé) : .....

Médecin traitant : ..... N° tél: .....

## VACCINATIONS

Date du dernier rappel DTP (Diphtérie-Tétanos-Polio): .....

**Joindre la photocopie des vaccins lors de la première inscription dans l'Etablissement.**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES

Allergies:                      Alimentaires: ..... Médicaments: .....                      Autres: .....

Asthme                       Diabète                       Epilepsie                       Autres : .....

Interventions chirurgicales subies:

Traitements médicamenteux: .....  
.....

Suivi spécifique:                       Orthophonie                       Psychologique                       MDPH

Aménagement d'épreuves aux examens :                       Oui                       Non

## PROCEDURE MEDICALE

### **1) TRAITEMENT DE COURTE DUREE:**

**En cas de traitement sur le temps scolaire, il est obligatoire de déposer à l'infirmierie les médicaments et l'ordonnance permettant leur délivrance.**

### **2) TRAITEMENT PONCTUEL:**

**Les médicaments que l'infirmier(e) est susceptible d'administrer sont :**

- ANTALGIQUES (Doliprane)
- ANTISPASMODIQUE (Spasfon)
- ANTIDIARRHEIQUE et pour DOULEURS ABDOMINALES (Smecta)
- MAUX DE GORGE (Strepsils)
- ETAT ANXIEUX, NERVOSITE (Euphytose)

Etes-vous d'accord pour que l'infirmier(e) soit amené à donner à votre enfant un des médicaments cités ci-dessus en fonction de son état de santé ?

Oui

Non

**Date et signature du responsable légal :**

### **3) TRAITEMENT DE LONGUE DUREE :**

**En cas d'affection de longue durée, il est impératif de mettre en place un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).**

Vous devez prendre contact avec l'infirmier(e) de l'établissement

Il est de votre responsabilité de signaler tout changement de coordonnées et tout **nouveau problème médical** survenant en cours d'année scolaire.

Remplir, signer et placer cette fiche sous enveloppe cachetée à l'attention : "**Infirmier(e) de Santé Scolaire**" afin de respecter la confidentialité des renseignements.