



FICHE INFIRMERIE

Votre enfant souffre t-il d'une maladie chronique ? (diabète, asthme, épilepsie, ...)

oui non

Précisez :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Classe : Externe Demi pensionnaire

Situation familiale :

Marié(e) Divorcé(e) Union libre Veuf (ve)

Père

Mère

Nom Prénom :

Nom Prénom :

Profession :

Profession :

Adresse :

Adresse :

Tel domicile :

Tel domicile :

Un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) a t-il été mis en place ?

Formalité obligatoire pour tout élève qui nécessite des soins ou un traitement pendant le temps scolaire (cours, sorties, voyages)

Tel bureau :

Tel bureau :

Tel mobile :

Tel mobile :

Autres renseignements pouvant être utiles à l'infirmière et lui permettre de mieux connaître votre enfant:

AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ELEVE EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT:

Dans l'impossibilité de me joindre, j'autorise le Chef d'Établissement à faire transporter mon enfant par les services d'urgence à l'hôpital du secteur, dans l'établissement de soin le plus proche du Bon Sauveur ou dans l'établissement de mon choix dans la mesure du possible, afin de pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale justifiée par son état.

SIGNATURES DE CHAQUE ADULTE EXERCANT L'AUTORITÉ PARENTALE :

Personnes à contacter en l'absence des parents et autorisées à sortir le cas échéant l'enfant de l'établissement :

Nom et téléphone :

Dernier établissement fréquenté : adresse complète

Année : Classe :

Joindre impérativement la photocopie du carnet de vaccination ou un justificatif médical des vaccinations obligatoires. (en l'agrafant à ce document)