

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

Médecin traitant :

Nom et prénom :

N° Tél. :

Adresse :

Allergie confirmée : ⁽¹⁾ Oui-non

Agent ou médicament responsable :

P.A.I (projet accueil individualisé) an passé ⁽¹⁾ : oui non

Pathologie médicale concernée :

Contactier Infirmière à l'inscription si reconduit cette année.

Problèmes de santé actuels ⁽¹⁾

Asthme oui-non –si oui traitement :

Asthme effort oui-non –si oui traitement :

Cardiopathie oui-non

Nature à préciser :

Contre-indication sport ⁽¹⁾ : Totale oui-non.

: Partielle oui-non

Autre pathologie + traitement éventuel :

Intervention chirurgicale ou accident récent (nature et date) :

VACCINS

Date dernier VACCIN DTCP (Infanrix) rappel entre **11** et **13** ans

Dates des 2 injections vaccin Rougeole, Oreillons Rubéole (ROR, PRIORIX,

M-M-RVAXPRO) 1° 2°

PORT DE LUNETTES : ⁽¹⁾ Oui-non.

Myope Hypermétrope Astigmatisme Cocher la pathologie visuelle

Autre pathologie visuelle :

Port permanent lunettes⁽¹⁾

En classe⁽¹⁾

Suivi psychologique ou pédopsychiatrique :

Oui-non ⁽¹⁾

Nom et adresse CMP et/ou thérapeute :

USAGE DES MEDICAMENTS

Conformément à l'Article R. 4312-19.-du code de déontologie des Infirmiers : « L'infirmier a le devoir, dans le cadre de ses compétences propres et sur prescription Médicale ou dans le cadre d'un Protocole Thérapeutique, de dispenser des soins à soulager la douleur.

Important : En conséquence l'infirmière ne délivre pas de médicament Sans prescription médicale.

- Traitement ponctuel ou journalier ou occasionnel :

Déposer **ordonnance et dose** de médicament **pour la journée** à l'infirmierie ou à la vie scolaire, avec **autorisation écrite parents**.

- Traitement en cas de maladie chronique ou d'un P.A.I :

Fournir ordonnance et médicaments et **pilulier semainier ou mensuel**

Important :

Acceptez-vous pour une bonne prise en charge de votre enfant que ces informations médicales soient communiquées à l'équipe pédagogique) de l'établissement :

Oui-non ⁽¹⁾

date et signature :

⁽¹⁾ **Entourer ou cocher la réponse exacte**



ANNÉE 2018/2019
DOSSIER INFIRMERIE
(Remplir avec la plus grande attention)

URGENCE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté **par les services de secours d'urgences** qui le dirigera 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.

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides, aidez nous en nous donnant vos coordonnées précises.

Personne(s) à prévenir si absence des parents et **autorisées** à reprendre l'enfant au collège.

Noms, prénoms, adresse et téléphone :

.....
.....
.....
.....

(Confidentialité : Ce dossier peut-être mis sous enveloppe cachetée)

Photo Obligatoire A coller
(Pas d'agrafes merci)

Nom élève (majuscules)

Prénoms :

Sexe : (F) (M) ⁽¹⁾

Né(e) le : **à** :

Qualité : 1/2 pensionnaire Externe ⁽¹⁾

Établissement fréquenté an passé :

.....

Classe :

SITUATION FAMILIALE

L'élève vit avec ⁽¹⁾ ses 2 parents, sa mère seule, son père seul, en garde parentale alternée, ses grands-parents, famille d'accueil, foyer, autre composition familiale :

Responsable légal 1

Nom et prénom.....

Profession :

Adresse :

N° Tél fixe : portable.....

Mail@.....

Adresse :

Responsable légal 2

Nom et prénom :

Profession :

Adresse :

N° Tél fixe : portable.....

Mail@.....

Adresse :

Nbre de frères:..... année de naissance.....

Sœurs :..... année de naissance.....

⁽¹⁾ Entourer la réponse exacte