

**SERVICE MEDICAL**

**FICHE INFIRMERIE**

**Document à retourner au responsable de vie scolaire de l'élève**

NOM : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F \_\_\_\_\_ ou G \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale de l'élève : \_\_\_\_\_

N° et adresse du centre de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assurance scolaire : (FEC, AXA, MAE, MACIF... précisez): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En cas d'accident, l'Etablissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant vos numéros de téléphone, avec le plus de précision possible.

Nom de la personne responsable de l'élève : \_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_ Mère \_\_\_\_\_ Tuteur : \_\_\_\_\_

Profession du Père : \_\_\_\_\_ Profession de la Mère \_\_\_\_\_

A numéroté N° de téléphone du domicile : \_\_\_\_\_

Par ordre N° de travail du père : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

De priorité N° de travail de la mère : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il est rappelé aux familles :**

- L'élève autorisé par le service médical à rentrer chez lui doit être obligatoirement accompagné par l'un de ses parents ou une personne autorisée.
- En cas d'urgence, l'élève est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (pompiers, Samu) vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir seul de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.
- Tout changement de l'état de santé de votre enfant doit être impérativement signalé par écrit au service médical de l'Etablissement, ainsi que tout changement de vos coordonnées téléphoniques.

**Merci de compléter la partie verso de ce document**

## VACCINATIONS :

- D.T. – COQ. – POLIO. : date du dernier rappel : \_\_\_\_\_
- ROUGEOLE – OREILLONS – RUBEOLE : Date : \_\_\_\_\_ Rappel : \_\_\_\_\_
- HEPATITE B : Date : \_\_\_\_\_ Rappel : \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTS :

- Médicaux : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Chirurgicaux : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Allergies : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Traitements particuliers en cours : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Contre-indication : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Projet d'Accueil Individualisé (circulaire N° 99.181 du 11 novembre 1999)**

Un projet d'accueil individualisé peut-être mis au point à la demande de la famille par le Chef d'Etablissement et le médecin scolaire à partir des besoins thérapeutiques précisés dans une ordonnance signée du médecin traitant adressé sous pli cacheté au médecin scolaire et mis à jour en fonction de l'évolution de la maladie.

**Souhaitez-vous établir un P.A.I.**

**OUI**

**NON**

(Prendre contact avec le service médical en cas de réponse positive)

**Date :**

**Signature :**

- **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** à remplir par les familles. 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'Etablissement.