

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS à destination de l'INFIRMERIE**

Nom : ..... Prénom : .....

Classe (à la rentrée 2025) : ..... Date de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Numéro de mutuelle : .....

Etablissement d'origine : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1 – N° de téléphone du domicile : .....

2 – N° de travail de la mère : ..... N° de portable de la mère : .....

3 – N° du travail du père : ..... N° du portable du père : .....

4 - Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

5 – Nom et téléphone du médecin traitant : .....

Si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire,
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence,
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire, il va de son intérêt que ces informations soient renseignées,
- Antécédents médicaux et chirurgicaux (dates) : .....
- Allergies éventuelles : .....
- Contre-indication à l'administration de comprimés d'iode :  Oui  Non
- Traitement en cours (nom des médicaments) : .....
- Hospitalisation : .....
- Votre enfant bénéficie d'un aménagement particulier de sa scolarité :  Oui\*  Non  
Si oui :  PAI  PAP  PPS  AESH  matériel adapté  
Merci de contacter le médecin scolaire pour mettre en place les aménagements.

L'infirmier(e) appliquera les traitements prescrits par le médecin de famille seulement si les médicaments sont accompagnés d'une **photocopie de l'ordonnance**. Les **internes doivent impérativement déposer leur traitement à l'infirmierie**.

IMPORTANT : Date du dernier rappel de vaccin DTCOQ polio : .....

ROR date de la 1ère injection : ..... Date de la 2ème : .....

(Ne pas joindre de photocopie)

**RAPPEL : En cas d'accident bénin ou maladie, il est de la responsabilité des parents de venir chercher et d'accompagner leur enfant mineur vers une structure de soins de leur choix. En cas d'accident grave ou urgence médicale, la décision de transport immédiat sera soumise à la responsabilité du centre 15.**

Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis sous pli cacheté à l'infirmierie de l'établissement que vous pouvez contacter du lundi au vendredi au 02 98 43 82 33.

Service médico-social : 02 98 80 88 24

Date : .....

Signature d'un représentant légal :