AUTORISATION DE TRAITEMENT

Je soussigné(e)

Monsieur
Madame

Déclare autoriser le Chef d'établissement à prendre toutes les mesures nécessaires pour transporter mon (mes) enfant(s)

En cas d'urgence

Le médecin du SAMU reste responsable de l'orientation de mon enfant vers la structure de soins la mieux adaptée.

L'établissement s'efforce de prévenir la famille dans les plus brefs délais.

Aucun élève mineur ne peut sortir de l'hôpital, sauf s'il est accompagné de sa famille ou du responsable légal.

Aucun frais de transport ne pourra être pris en charge par l'établissement.

A
Le

Signature du (ou des) représentant(s) légal (aux),
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS 2020/2021

Nom :

Prénom :

PHOTO

Classe :

Date de naissance :

Dernier établissement fréquenté :

Externe

Demi-pensionnaire

*cocher la case correspondante

Adresse :

PÈRE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de Tél. Domicile

N° de Tél. Portable :

N° de Tél. Employeur

MÈRE :

Nom :

Prénom :

Adresse :

N° de Tél. Domicile

N° de Tél. Portable :

N° de Tél. Employeur

Autres situations :

Personnes à prévenir en votre absence :

Nom :

Prénom :

Tél :

Nom :

Prénom :

Tél :

Nom du médecin traitant :

Tél :

**A REMETTRE SOUS ENVELOPPE ADRESSÉE A
MADAME L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE DU COLLÈGE**

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

*cocher la case correspondante

Problèmes de santé de l'élève :

L'élève est-il ?

Asthmatique	OUI	☐	NON	☐
Diabétique	OUI	☐	NON	☐
Épileptique	OUI	☐	NON	☐
Allergique	OUI	☐	NON	☐
Troubles à type « Dys »	OUI	☐	NON	☐

Si oui, précisez :

L'élève est-il suivi en consultation spécialisée ORL, psychologie, psychiatrie, ophtalmologie, orthodontie, orthophonie ?

OUI NON

Si oui, précisez :

Hospitalisations antérieures :

OUI NON

Si oui, précisez :

Rééducations antérieures ou en cours :

OUI NON

Si oui, précisez :

L'élève suit-il un traitement de longue durée ?

OUI NON

Si oui, précisez :

L'élève fait-il l'objet ?

D'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé)

OUI NON

Si oui, précisez :

D'une convention d'intégration

OUI NON

Si oui, précisez :

Antécédents familiaux :

**Tous les médicaments doivent être déposés à l'infirmerie
avec la photocopie de l'ordonnance**

Joindre obligatoirement les photocopies des pages des vaccinations du carnet de santé de l'élève

COMPOSITION DE LA FAMILLE

Frère(s) :

Sœur(s) :