

FICHE INFIRMERIE PRIMAIRE NON CONFIDENTIELLE

Année Scolaire 2023/ 2024

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : _____ Classe : _____

½ pensionnaire

Externe

Responsables légaux de l'élève :

Père

Mère

Tuteur

NOM Prénom : _____ en qualité de : _____

Adresse : _____

☎ Portable n° 1 : _____ ☎ Portable n° 2 : _____

NOM Prénom : _____ en qualité de : _____

(Si adresse différente) _____

☎ Portable n° 1 : _____ ☎ Portable n° 2 : _____

En cas d'urgence, merci de nous communiquer les noms, prénoms et numéros des personnes pouvant se déplacer rapidement pour venir chercher un élève dont l'état nécessite une évacuation (hors urgence vitale) :

L'élève a-t-il eu un suivi ou a-t-il encore un suivi avec un(e) ? :

Orthophoniste Ergothérapeute Psychomotricien(ne) Autres (précisez) : _____

L'année dernière votre enfant bénéficiait-il d'un P.A.I.*, d'un P.P.S.* ou d'un P.A.P.* ? OUI NON

Pour cette année allez vous faire une demande de ? :

P.A.I.* P.P.S.* P.A.P.* Autres (précisez).....

Autres informations :

*P.A.I. : Projet d'Accueil Individualisé

*P.P.S. : Projet Personnalisé de Scolarisation

*P.A.P. : Projet d'Accompagnement Personnalisé (dyslexie, dysorthographe, suivi orthophonique...)

En cas de demande de P.A.P ou de P.P.S, merci de fournir les bilans d'orthophonie, d'ergothérapie ou tout autre compte-rendu médical auprès de la cheffe d'Etablissement.

POUR TOUTE PATHOLOGIE NECESSITANT UN TRAITEMENT MEDICAL D'URGENCE SUR L'ETABLISSEMENT (EX : ASTHME, DIABETE, ALLERGIE SEVERE, EPILEPSIE...) VOTRE MEDECIN TRAITANT DEVRA REDIGER UN PROTOCOLE D'URGENCE OU P.A.I A NOUS REMETTRE DES LE PREMIER JOUR DE LA RENTREE AVEC LE TRAITEMENT CORRESPONDANT.

Un imprimé type est disponible à l'accueil de l'établissement si cela est nécessaire.

Si l'élève prend un traitement précisez lequel :

Contre-indications à la prise de certains médicaments :

Non Oui Si oui, lesquels : _____

Allergie(s) : Non Oui Si oui, lesquelles : _____

Antécédents Médicaux et chirurgicaux, problèmes de santé (opération, asthme, allergie...) :

Joindre les photocopies du carnet de vaccination à cette fiche



SOINS URGENTS

En cas d'urgence, la Cheffe d'Etablissement ou son représentant contactera les secours d'urgence.

Une évacuation pourra être décidée. Un membre de la famille devra se rendre aussitôt dans l'établissement hospitalier.

L'élève ne pourra sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. En aucun cas, l'établissement ne pourra aller chercher un élève même si son état de santé s'est amélioré.

La même procédure sera appliquée lorsque la famille ou le correspondant ne sera pas en mesure de venir chercher l'élève malade.

Je soussigné(e) M. Mme : _____ responsable légal ou tuteur

De l'élève : _____ Classe : _____

Autorise la Cheffe d'Etablissement ou l'enseignant(e) ou une personne de la vie scolaire à lui administrer le traitement selon le PAI.

En dehors des traitements prescrits sur ordonnance aucun médicament ne sera délivré.

Autorise l'établissement Assomption à faire transporter en cas d'urgence notre enfant à l'hôpital.

Fait-le : ____ / ____ / ____ à : _____

SIGNATURE :



AUCUN ELEVE NE PEUT DETENIR DES MEDICAMENTS, AUCUNE ADMINISTRATION DE MEDICAMENT SANS PROTOCOLE