

**FICHE INFIRMERIE  
2022-2023**

Photo  
récente à  
coller

**NOM:** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

SEXE : F  M

CLASSE : Section: Américaine  Arabe  Brésilienne  Chinoise  Bachibac

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Si frère ou sœur dans l'établissement préciser prénom et classe: \_\_\_\_\_

Portable élève : \_\_\_\_\_ Qualité : Externe  Demi-pensionnaire  Interne  N° chambre.....

**DERNIER ETABLISSEMENT FREQUENTE (Nom et adresse) :**

N ° de sécurité sociale: \_\_\_\_\_

**ASSURANCE SCOLAIRE (Nom + Adresse)** \_\_\_\_\_

**Si votre enfant est INTERNE merci de joindre une photocopie de l'attestation de sécurité sociale.**

**RESPONSABLES LÉGAUX**

**Entourez le numéro de portable de la personne à prévenir en priorité en cas d'urgence**

	Tél portable	Tél domicile	Tél travail
Père			
Mère			
Autre (à préciser)			

**En cas d'absence de la personne à prévenir en priorité, autre personne à prévenir :**

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Tél :** \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence médicale ou accidentelle**, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée. Si besoin est, l'élève sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital Saint Camille de Bry-sur-Marne. **La famille est immédiatement avertie par nos soins.** Dans tous les cas, **les frais occasionnés** (transport ambulance, soins...) **seront à la charge** des parents (tuteurs). Il convient de vous déplacer pour rejoindre votre enfant mineur à l'hôpital dans ce cas.

**UN ENFANT MINEUR NE PEUT SORTIR DE L'HÔPITAL QU'ACCOMPAGNE DE SA FAMILLE**

**En cas de situation autre (fièvre, maux divers, douleur non tolérée...) ne nécessitant pas de service de secours et dont le maintien à l'internat est compromis dans la nuit, il vous appartient de venir ou de mandater une personne de confiance afin de venir chercher votre enfant malade à l'internat au 29 rue Léon Menu 94360 Bry-sur-Marne.**

**(Ne pas oublier de remplir au dos) .../..**

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS A JOUR OU UN CERTIFICAT AU NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE

Vous pouvez transmettre des informations confidentielles sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière de l'établissement. Rappel utile : toute prise de traitement hors PAI à l'internat doit être assortie d'une ordonnance à jour. Il convient d'en informer l'infirmière et de limiter les médicaments à 5 jours/semaine strictement.

Ceux-ci doivent être conservés dans une trousse ou un pilulier au nom de l'élève.

## RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Allergies : OUI  NON  Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

• Médicamenteuses : OUI  NON  Nom des médicaments : \_\_\_\_\_

• Alimentaires : OUI  NON  Nom des ingrédients : \_\_\_\_\_

Merci de joindre le dernier bilan de l'allergologue avec la trousse d'urgence.

Asthme : OUI  NON

Nom des médicaments : Date de la dernière crise : \_\_\_\_\_

**Conduite à tenir en cas de réaction allergique** (dans le cas d'un traitement particulier, fournir une ordonnance pour l'année ainsi que la trousse d'urgence nécessaire au nom de l'élève. Elle vous sera restituée mi-juin.)

## PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Doit-il prendre un traitement (médicaments) sur le temps scolaire OUI  NON  Si OUI, lequel ? (Joindre une ordonnance de moins de trois mois) : .....

Bénéficiait-il d'un PAI l'année dernière ? OUI  NON

Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? OUI  NON

## AMENAGEMENTS SCOLAIRES

Votre enfant est-il suivi par un orthophoniste, ergothérapeute : OUI  NON

Si OUI, pour quels troubles (dyslexie, HPI, ...) ? : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement aux examens? OUI  NON

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PPRE (joindre une photocopie) ? OUI  NON

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAP (joindre une photocopie)? OUI  NON

Votre enfant a-t-il bénéficié d'une AESH (joindre une photocopie) ? OUI  NON

## EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Votre enfant prend-il un traitement avant et/ou après la pratique sportive ? OUI  NON

Si un traitement en cas de gêne respiratoire, il est conseillé de le garder sur soi **avec l'ordonnance** de prévenir le professeur et de laisser une boîte à l'infirmerie en cas d'oubli. Ceci si vous estimez que votre enfant sait se gérer seul(e) sinon un PAI peut être établi à votre demande.

**Nom et téléphone du médecin traitant :** \_\_\_\_\_

Si votre enfant doit subir une intervention chirurgicale en cours d'année ou est atteint d'une pathologie susceptible d'avoir une incidence sur sa scolarité et sa vie au sein de l'établissement et/ou qu'il doit prendre un traitement ponctuel ou annuel sur le temps scolaire, veuillez prendre contact avec l'infirmière scolaire.

**Signature des parents/tuteurs**