

**FICHE INFIRMERIE/FICHE D'URGENCE (non confidentielle) – 2025/2026**

**ELEVE**

**NOM :**

**Prénom :**

**Date et lieu de naissance :**

**Classe :**

**Adresse :**

**Vit chez :**  **ses deux parents**

**Ses deux parents en garde alternée**

**Sa mère**

**Son père**

**Autre situation**

**PARENTS OU RESPONSABLES**

**Père (ou tuteur)**

**Mère (ou tutrice)**

Nom – Prénom :

Nom – Prénom :

Adresse :

Adresse (si différente) :

Profession :

Profession :

Tel domicile :

Tel domicile :

Tel professionnel :

Tel professionnel :

Portable :

Portable :

Email :

Email :

N° SS :

N° SS :

Adresse du centre de SS :

Adresse du Centre de SS :

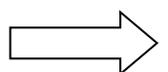
**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Les frais engagés (médicaux, etc.) seront réglés par la famille et pris en charge par la SS.**

Merci de faciliter notre mission en nous indiquant au minimum un nom et un n° de tel **d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement** en cas d'absence de votre part :

NOM et prénom :

N° de téléphone :

Lien avec l'enfant :



## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

**Ces renseignements sont indispensables dans le cadre d'une éventuelle prise en charge par les services de secours**

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé :

Asthme                       Diabète                       Malaise

Epilepsie                       Migraine                       Scoliose

Traitement journalier       si oui, préciser :

Port de lunettes                       Port de lentilles                       Port appareil auditif

Allergie  si oui laquelle :

Autre  si oui laquelle :

Contre-indication éventuelle :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Au cours de sa scolarité, votre enfant a-t-il bénéficié d'un suivi :

Orthophonie                       en cours                       date de fin de prise en charge :

Nom et adresse de l'orthophoniste :

Psychologique                       en cours                       date de fin de prise en charge :

## AMENAGEMENTS POUR L'ACCUEIL ET LA SCOLARITE :

**PAI** (Projet d'Accueil Individualisé)                      OUI       NON

- Souhaitez-vous le renouvellement :                      OUI       NON

(Si OUI, le responsable légal conviendra d'un RDV avec l'infirmière en début d'année scolaire).

**Pour les nouveaux inscrits merci de fournir la photocopie du PAI**

**PAP** (Projet d'Accueil Personnalisé)                      OUI       NON

- Aménagements scolaires :

**Pour les nouveaux inscrits merci de fournir la photocopie du PAP**

**GEVASCO – Dossier MDPH**                      OUI       NON

- AESH                       si oui combien d'heures :

- Outil informatique

**Pour les nouveaux inscrits merci de fournir la photocopie du dernier GEVASCO**

**PPRE** (Projet Personnalisé de Réussite Éducative) OUI       NON

**Autres :**

**Nom, prénom, signature du responsable légal**