

Fiche infirmerie pour toute la scolarité

Je soussigné(e)
 père mère tuteur(ice) de l'élève (Nom, Prénom.....)

Entrant en classe de

Adresse

Code postal : Ville :

Nom de la personne à contacter	Numéro de portable personnel	Numéro de portable professionnel	Lien de parenté

Régime : Interne DP Externe

Problèmes de santé : Oui Non

Si oui, précisez lesquels.....
.....

Hospitalisations récentes :
.....

Allergies connues : Oui Non

Si oui, précisez lesquels.....
.....

Traitements en cours :
.....

Dispensé(e) EPS : totale partielle

Numéro de Sécurité Sociale (de l'élève) :

Mutuelle :

Date :

Signature représentant légal :

Fiche d'urgence et autorisation de transport pour toute la scolarité

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance :

Adresse du représentant légal

Code postal : Ville :

Numéro de Sécurité Sociale (de l'élève) :

Non de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement préviendra la famille le plus rapidement possible. Merci de nous communiquer les coordonnées téléphoniques d'une ou deux personnes joignables 24 h/24.

Lien de parenté	Nom de la personne à contacter	Numéro de portable personnel	Numéro de portable professionnel
Père			
Mère			
Autre personne (préciser le lien de parenté)			

AUTORISATION DE TRANSPORT

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.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, autre élément) :

.....
.....
.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire à l'aide du questionnaire médical initial ci-joint sous enveloppe fermée à remettre à l'inscription, à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

Vu et pris connaissance

Date et signature des parents/tuteur(ice)

En cochant cette case, j'accepte que mes données personnelles soient conservées et utilisées uniquement dans le cadre scolaire. Aucun autre traitement ne sera effectué avec mes informations. Conformément à la loi « informatique et libertés » je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant."

