

FICHE D'INFIRMERIE 2016-17

Nom de l'élève Prénom Classe

Date de naissance : Lieu de naissance : Nationalité :

Frères et soeurs dans l'Etablissement : Classe :

.....
.....

Responsable légal : Nom et prénom Qualité : Père Mère Tuteur

	Père	Mère
Adresse du domicile		
Téléphone du domicile		
Téléphone lieu de travail		
Portable		

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom :

N° de téléphone :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'Hôpital Nord, après appel à la famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Date : Signature du (des) parents(s) responsable(s) :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ELEVE

Date du DERNIER RAPPEL ANTITETANIQUE :

Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans.

Date du dernier TEST B.C.G. OBLIGATOIRE : Résultat : Positif Négatif

Nom du médecin traitant :

Adresse : Tél :

✓ Prend - il /elle des **MEDICAMENTS ?** oui non

Si oui, lesquels ?
.....

✓ Indiquer, avec leurs dates, les difficultés de santé (allergies, crises, maladies, accidents, opérations, asthme)

.....
.....

✓ Changements intervenus dans la famille :

.....
.....

✓ Est-il/elle suivi (e) dans une Consultation spécialisée ? oui non

Si oui, indiquer laquelle :
.....

Important !

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière.