



B.P 8193
98807 NOUMEA CEDEX
Tél. 26.16.66 Fax. 26.29.11

FICHE INFIRMERIE 2019 A remplir par les parents

Photo de l'élève

ETUDIANT(E) :

Nom : Prénoms (2) :

Date de naissance : Lieu : Classe :

Externe Demi pensionnaire Interne

Représentant légal : Père Mère Tuteur (trice)

Nom : Prénom :

N° Tél : Domicile : Bureau : Mobilis :

Personne à prévenir en cas d'urgence : Tél :

Médecin traitant : tel :

Allergies :

Maladies chroniques : Asthme Spasmophilie Cœur RAA

Autres :

Traitement en cours :

Handicap : (joindre une attestation médicale)

Moteur Visuel auditif autre :

Port de lunettes OBLIGATOIRE : Oui Non

RASED - ORTHOPHONIQUE - PSYCHOLOGIQUE - PAI

(si oui copie du
collège)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'infirmerie :

.....

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

FICHE D'INFIRMERIE 2019

Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné (e).....

Père Mère tuteur (trice) de l'élève :

Nom : Prénoms (2) :.....

Date de naissance : Lieu : Classe :

Donne l'autorisation de pratiquer sur mon enfant, en cas d'urgence médicalement justifiée, tout examen, investigation et intervention nécessités par son état.

L'établissement pourra organiser son transport (ambulance, SAMU...) vers le C.H.T., après avoir contacté le représentant légal.

Remarque : Si vous préférez que votre enfant soit dirigé vers une clinique plutôt que vers l'hôpital veuillez remplir la partie ci-dessous :

Je désire qu'en cas d'évacuation, mon enfant soit dirigé vers la clinique :

Nom de la clinique :

Date et signature (précédée de « Lu et approuvé ») :

Autorisation de délivrance de cachets

Nous autorisons l'infirmier(e) à délivrer un médicament à notre enfant en cas de douleurs ou autre (médicaments faisant partie de la liste autorisée par le BO n°1 du 06 janvier 2000)

Date et signature (obligatoire) :