

**FICHE INFIRMERIE 2019**  
**A remplir par les parents**

Photo de l'élève

**Elève :**

Nom : ..... Prénoms (2) : .....

Date de naissance : ..... Lieu : ..... Classe : .....

Externe  Demi-pensionnaire  Interne

**Représentant légal :** PÈRE  MÈRE  TUTEUR LÉGAL

Nom : ..... Prénoms : .....

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

RASÉ  ORTHOPHONIE  PSYCHOLOGIE  PAI   
(Si oui, copie du collège)

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

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

## FICHE D'INFIRMERIE 2019

### Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e) .....

PÈRE  MÈRE  TUTEUR LÉGAL  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.

→ Si vous faites le choix d'un autre établissement de soin, veuillez le préciser, merci.

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) :**