

FICHE INFIRMERIE 2017
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

RASED 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'infirmière.

FICHE D'INFIRMERIE 2017

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) :