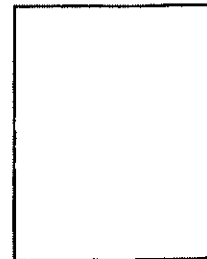


FICHE INFIRMERIE Strictement confidentielle



NOM : _____

Prénom : _____

Classe : _____

Date de naissance : ____/____/19____ Sexe : F M

ADRESSE : _____

Étage - Porte - Escalier : _____

Code Postal - Ville : _____

Qualité : 1/2 pensionnaire Externe

Établissement fréquenté l'an dernier (nom et adresse complète) :

RESPONSABLES LEGAUX			
	Mère	Père	Autre Responsable
NOM Prénom			
Adresse Du Domicile			
Téléphone Travail portable			

I.A de la Seine Saint Denis - Service infirmier

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTE DE L'ELEVE

Présente t-il des difficultés de santé ? (maladie, allergie, contre-indication médicamenteuse, alimentaire...)

Suit-il un traitement ? Si oui, lequel :

Dans l'intérêt de l'élève, avez-vous d'autres remarques à nous signaler ?

PROTOCOLE D'URGENCE
(en application du règlement en vigueur)

En cas d'urgence, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée. Dans tous les cas, les frais occasionnés seront à votre charge. Acceptez vous que votre n° de sécurité sociale soit transmis au service de soin mandaté par le S.A.M.U. ? Si oui :

N° SECURITE SOCIALE : _____

PERSONNE A PREVENIR EN PRIORITE

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : Domicile : [] [] [] [] []

Travail : [] [] [] [] []

Portable : [] [] [] [] []

Signature de l'élève

Signature responsables ou tuteur