

Fiche de renseignements infirmiers CONFIDENTIEL
Année scolaire 20.. / 20..

APPRENANT

Nom (en majuscules).....

Prénoms.....

Classe:

Filière:

Date de naissance...../...../..... **Né(e) à**.....**Département**.....**Pays**..... Majeur(e)

Adresse.....
.....

CHEZ : Parents Mère Père garde alternée Autre parent, précisez :
 En foyer, précisez la structure..... Famille d' Accueil Autre situation.....
 *autonome

Numéro de téléphone de l'élève :/...../...../...../.....

Regime: interne Demi-pensionnaire Externe

 Nouvel arrivant dans l'établissement scolaire pour la rentrée de septembre

 Changement de region académique pour la rentrée de septembre

RESPONSABLES LEGAUX/ PERSONNES A PREVENIR

PERE

NOM ET PRENOM :

Numéro de portable :/...../...../...../.....**Numéro professionnel**...../...../...../...../.....

MERE

NOM ET PRENOM :

Numéro de portable :/...../...../...../.....**Numéro professionnel**...../...../...../...../.....

FAMILLE D'ACCUEIL

Nom et Prénom du tuteur:

Numéro de portable du tuteur:...../...../...../...../.....**Numéro du domicile:**...../...../...../...../.....

AUTRE PERSONNE REFERENTE, précisez :

NOM ET PRENOM :

Numéro de portable :/...../...../...../.....**Numéro professionnel**...../...../...../...../.....

Information complémentaire à porter à la connaissance de l'infirmière scolaire pour une prise en charge optimale

Personne a prévenir en premier:

situation particulière :

NOM et numéro de téléphone du médecin traitant :

Numéro de sécurité sociale de l'apprenant :
.....

Nom et numéro de la Mutuelle :
.....

Date du dernier vaccin anti-tétanique :
.....

Joindre les photocopies de la sécurité sociale, de la mutuelle (où l'apprenant apparaît) et du carnet de santé (partie vaccinations).

Antécédents médicaux et chirurgicaux :
.....

Maladie(s) chronique(s) :
.....

-Maladie(s) chronique(s) nécessitant UN PROJET D ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I.):

oui/non

Professionnel de santé qui suit l'apprenant pour cette pathologie :
.....

-Antécédent ou pathologie au long cours nécessitant une dispense partielle ou totale d'activité physique et sportive :

oui/non

Remplir le document PAI ci-joint partie 2b signé par le médecin traitant de l'apprenant ainsi que le Certificat Médical d' Inaptitude.

Joindre au dossier d'inscription ou me les remettre dès la rentrée scolaire.