



Fiche infirmerie

Nom : Prénom :

Date de naissance : ___/___/___

Passage en classe de :

Numéro de sécurité sociale :

Centre et adresse :

Numéro de mutuelle :

Nom de la mutuelle :

En cas de traitement pour une maladie chronique, merci de renseigner la partie ci dessous remettre soit directement à l'infirmière soit sous enveloppe à son intention.

En cas d'urgence, un élève accidenté peut être amené à être transporté par les services de secours d'urgence vers le service médical le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Autorisez-vous les services de secours à transporter votre enfant

oui non

Coordonnées des responsables légaux :

Père :

Mère :

Autre :

Renseignements médicaux confidentiels :

Bénéficiaire d'un : PAI PAP PPS depuis (année) :.....

En cas de PPS merci de fournir **la notification MDPH**. Si nécessité d' AESH, merci d'indiquer les matières ou votre enfant a besoin d'accompagnement :

.....

Antécédent médicaux :.....

.....

Allergies :.....

Antécédents chirurgicaux :.....

.....

Handicap ou maladie invalidante (date du diagnostic) :.....

.....

Prise en charge spécifique du handicap :.....

Si besoin vous pouvez contacter l'infirmière du lundi au vendredi au 01.42.87.49.84 ou par pronot/ENT