FICHE INFIRMERIE 2024-2025

à remettre le jour de la rentrée au professeur principal – si besoin sous pli cacheté

L'ÉLÈVE :

☐ Garçon ☐ Fille

NOM :

Prénoms : (2 premiers obligatoires)

Classe : _____ (en septembre 2023)

Date de naissance :

|_____|_____|_____|

Lieu de naissance :

Département / Pays : _____

Régime :

☐ Externe ☐ 1/2 pension ☐ Interne

Scolarisé en 2023-24 au Loquidy :

☐ Oui ☐ Non

Si non, nom et adresse de l'établissement d'origine :

FAMILLE - RESPONSABLES LÉGAUX :

Responsable principal :
Personne à contacter en priorité

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : _____

Ville : _____

☎ **portable :** _____

☎ **bureau :** _____

☎ **maison :** _____

Profession : _____

Conjoint

☐ Mère ☐ Père ☐ Autre

NOM :

Prénom :

Adresse : (si différente du responsable)

Code Postal : _____

Ville : _____

☎ **portable :** _____

☎ **bureau :** _____

☎ **maison :** _____

Profession : _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DU RESPONSABLE LÉGAL :

|___|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

AUTRE PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE :

NOM : _____ ☎ **portable :** _____

Prénom : _____ ☎ **maison :** _____

MÉDECIN TRAITANT :

NOM – Prénom :

Adresse :

Code Postal : _____

Ville : _____

☎ cabinet : _____

GROUPE SANGUIN DE L'ÉLÈVE :

☐ **A** ☐ **B** ☐ **AB** ☐ **O**

Rhésus : _____

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'URGENCE :

Je soussigné(e),

Nom : _____ **Prénom :** _____

☐ **Mère** ☐ **Père** ☐ **Autre** (précisez) : _____

Responsable légal de l'élève,

Nom : _____ **Prénom :** _____

Autorise l'établissement Saint-Joseph du Loquidy - La Salle, en cas d'urgence, et dans l'impossibilité de me joindre :

- **à prendre toute disposition que nécessiterait son état**
- **à faire pratiquer toute intervention chirurgicale**

Fait à : _____ **Le :** _____

Signature OBLIGATOIRE du responsable légal :

ANTÉCÉDENTS DE L'ÉLÈVE :

Précisez lesquels et les dates :

Maladie(s) :

Accident(s) :

Intervention(s) chirurgicale(s) :

ACTUELLEMENT :

Maladies chroniques éventuelles :

☐ **Diabète** ☐ **Asthme** ☐ **Troubles cardiaques**
☐ **Epilepsie** ☐ **Allergies** ☐ **Autres** (précisez) :

Précisions :

Autres informations :

ACCOMPAGNEMENT PARTICULIER :

☐ **P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) * ☐ OUI ☐ NON

Motif du PAI : _____

☐ **P.A.P** (Plan d'Accompagnement Personnalisé) ☐ OUI ☐ NON

PAP depuis la classe de : _____

☐ **Traitement sur le temps scolaire** * ☐ OUI ☐ NON

Motif du traitement : _____

☐ **Trousse d'urgence** ☐ OUI ☐ NON

*** En cas de nouveau PAI ou de nouveau traitement sur le temps scolaire, merci de bien vouloir contacter l'infirmière avant la rentrée**

VACCINATIONS : Date des derniers rappels

☐ **Hépatique B :** |_____|_____|_____|

☐ **Coqueluche :** |_____|_____|_____|

☐ **B.C.G :** |_____|_____|_____|

☐ **D.T. POLIO :** |_____|_____|_____|

☐ **Rougeole - ROR :** 1ère injection : |_____|_____|_____|

2ème injection : |_____|_____|_____|

Assurance scolaire des Pays de Loire :	**Cabinet JAMET & ROUXEL** - 164, route de Saint-Joseph - BP 92734 - 44327 NANTES - tél : **02.40.16.07.07** email : jamet-rouxel@abeille-assurances.com - **Numéro ORIAS : 23006591 - 16001970**