



FICHE INFIRMERIE 2023-2024

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 2022-23 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 : _____

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 :

GRUPE SANGUIN DE L'ÉLÈVE :

A B AB O

Rhésus : _____

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

Hépatite B : _____

Coqueluche : _____

B.C.G : _____

D.T. POLIO : _____

Rougeole - ROR : 1^{ère} injection : _____

2^{ème} injection : _____