

FICHE INFIRMERIE

Année scolaire : 2025/2026

NOM de l'élève : _____ **Classe :** _____

Prénom : _____

☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance : _____

Qualité : ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne

Nom et adresse des parents ou du responsable légal :

Numéro et adresse du centre de sécurité sociale :

Nom et adresse de l'établissement précédent (si hors département de l'Yonne) :

En cas d'accident et/ou de maladie, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

N° de téléphone / domicile : _____

N° de téléphone / travail père : _____ **portable :** _____

N° de téléphone / travail mère : _____ **portable :** _____

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom : _____ **N° de téléphone :** _____

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement

☐ Allergies : _____

☐ Traitement en cours : _____

☐ Précautions particulières à prendre : _____

☐ Protocole d'Accueil Individualisé

Nom- Adresse- N° de téléphone du médecin traitant :

POUR LES NOUVEAUX INSCRITS

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE CONCERNANT LES VACCINATIONS

En ayant pris soin d'y porter le nom et prénom de l'élève

En cas d'urgence

Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur _____

Autorisons d'opérer, d'anesthésier et de soigner notre fils/fille

dans le cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Signature du (des) responsable(s) légal(aux) :

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du service infirmerie.