



Collège-Lycée-Internat Ile de France
7 rue du Baron de Nivière
91140 VILLEBON sur Yvette

Photo
identité
récente

FICHE D'INFIRMERIE

Dans le cas **d'un élève interne**, merci de :

- remplir cette fiche en double,
- joindre à cette fiche infirmerie : attestation de Sécurité sociale + photocopie de la carte mutuelle.

IDENTITE DE L'ELEVE

Classe : _____
NOM : _____ Prénom : _____
Sexe : F M
Date de naissance : _____ Nationalité : _____
Adresse de l'élève : _____
CP et VILLE : _____

PERSONNES RESPONSABLES DE L'ELEVE

NOM : _____
 Père Mère Responsable ou tuteur

TELEPHONES DES PARENTS

Entourer le n° de la
personne à prévenir
en cas d'urgence

	PORTABLE	DOMICILE	TRAVAIL
PERE			
MERE			
AUTRE (A PRECISER)			

VACCINATION

Date du dernier rappel DT Polio : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTE DE L'ELEVE

Allergies : OUI NON Si oui, préciser : _____

Médicamenteuses : OUI NON

Nom des médicaments : _____

Alimentaires : OUI NON

Nom des ingrédients : _____

Asthme : OUI NON

Conduite à tenir en cas de réaction allergique (dans le cas d'un traitement particulier, fournir une ordonnance pour l'année ainsi que les médicaments nécessaires) : _____

DIFFICULTES DE
SANTÉ

Votre enfant est-il :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire ? OUI NON
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence ? OUI NON
- Sujet à des crises de :
 - épilepsie
 - tétanie
 - spasmophilie
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire ? OUI NON

VUE ET OÛÏE

Votre enfant porte-t-il : des lentilles des lunettes
 des prothèses auditives des prothèses dentaires

Autre : _____

AUTORISATION
PARENTALE

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 selon eux. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre de sa famille.

Je soussigné(e) _____ agissant en tant que
 père mère tuteur légal

autorise le responsable médical du service hospitalier accueillant, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant (NOM et prénom) _____

à prendre toutes les mesures d'urgences tant médicales que chirurgicales.

En cas de transfert en milieu hospitalier, les frais occasionnés sont à la charge de la famille.

AUTORISATIONS DE
TRAITEMENTS PAR
TOUTE PERSONNE DE
L'ÉTABLISSEMENT

J'autorise un membre du personnel de l'établissement d'Ile de France à donner, si besoin, à mon enfant en cas de douleurs éventuelles :

Paracétamol Spasfon Smecta Pastilles gorge

RECOMMANDATIONS
UTILES DES PARENTS

ATTENTION : en cas de traitement médical ponctuel ou annuel, fournir l'ordonnance du médecin avec le ou les médicaments et déposer le tout à l'infirmierie.

Date : _____

Signature :