

INFIRMERIE  
Madame  
DELACUISINE  
☎ 03.21.39.17.95

Feuille de renseignements concernant les nouveaux élèves qui sera conservée à l'Infirmier pendant toute la scolarité de l'élève.

DANS L'INTERET DE VOTRE ENFANT, VEUILLEZ REMPLIR LE PRESENT  
IMPRIME AVEC PRECISION ET LE RETOURNER  
AU SECRETARIAT POUR LE 12 JUIN.

→ <u>Nom et prénom de l'enfant</u> :	
→ <u>Date et lieu de naissance</u> :	
→ <u>Classe</u> :	
→ <u>Régime</u> :	<input type="radio"/> Externe <input type="radio"/> Demi- pensionnaire

→ <u>Nom et prénom du représentant légal</u> :	
→ <u>Rue</u> :	
→ <u>Code postal</u> :	
→ <u>Ville</u> :	
→ <u>Téléphone domicile</u> :	___/___/___/___/___
→ <u>Téléphone portable</u> :	___/___/___/___/___
<i>Si vous êtes absents :</i>	
→ <u>Nom et prénom de la personne à contacter</u> :	
→ <u>Localité</u> :	___/___/___/___/___
→ <u>Téléphone</u> :	
→ <u>Nom et prénom du père</u> :	
→ <u>Profession du père</u> :	
→ <u>Localité du travail</u> :	
→ <u>Téléphone en cas d'urgence</u> :	___/___/___/___/___
→ <u>Nom et prénom de la mère</u> :	
→ <u>Profession de la mère</u> :	
→ <u>Localité du travail</u> :	
→ <u>Téléphone en cas d'urgence</u> :	___/___/___/___/___

→ <u>Dans l'impossibilité de vous contacter par téléphone, vous souhaitez que votre enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique ?</u>	
→ <u>Nom</u> :	

→ Adresse :	
→ Téléphone :	____/____/____/____/____
<p>→ <b>EN CAS D'URGENCE :</b>          Votre enfant sera admis à l'hôpital choisi par le médecin qui aura examiné votre enfant.</p>	

→ Nom du médecin traitant :	
→ Adresse :	
→ Téléphone :	____/____/____/____/____

→ Nom et Adresse de l'école fréquentée l'année précédente :
→ En classe de :

→ Êtes-vous affiliés à une caisse de Sécurité Sociale ?
→ Êtes-vous assurés à une complémentaire ?

→ L'élève a-t-il été opéré des amygdales ?	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/>
Non		

→ L'élève a-t-il été opéré des végétations ?	<input type="radio"/> Oui	
<input checked="" type="radio"/> Non		

→ <b>A-t-il subi une opération chirurgicale ?</b>	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/>
Non		
Si oui, laquelle ?		

→ A-t-il eu les maladies infantiles ?	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/>
Non		
Si oui, lesquelles ?		

→ <b>Autres maladies :</b>		
----------------------------	--	--

→ <b>Contre-indication à certains médicaments ?</b>	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/>
Non		

→ <b>Contre-indication à certaines pommades ?</b>	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/>
Non		
Si oui, lesquels ?		

**LES MEDICAMENTS QUE VOTRE ENFANT SERAIT  
 SUSCEPTIBLE DE PRENDRE DANS LE CADRE D'UN  
 TRAITEMENT DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE ENTREPOSES  
 A L'INFIRMERIE.**

→ **Les vaccinations sont obligatoires pour les enfants d'âge scolaire – Indiquer les dates :**

‡ B.C.G.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

‡ D.T. polio avec rappel tous les cinq ans

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

‡ ainsi que le vaccin contre la rubéole, la rougeole et les oreillons

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

→ **IMPORTANT : Observations éventuelles concernant l'état de santé de votre enfant**

**et en particulier celles relatives à la pratique du sport :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Date et Signature :