

INFIRMERIE  
Madame  
DELACUISINE  
☎ 03.21.39.17.95

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

DANS L'INTERET DE VOTRE ENFANT, VEUILLEZ REMPLIR LE PRESENT  
IMPRIME AVEC PRECISION ET LE RETOURNER  
A L'ACCUEIL POUR LE 25 MAI.

→ <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 pensionnaire <input type="radio"/> Demi-

→ <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> :	___/___/___/___/___

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

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

→ <u>Nom du médecin traitant</u> :	
→ <u>Adresse</u> :	
→ <u>Téléphone</u> :	___/___/___/___/___

.../...

→ <u>Nom et Adresse de l'école fréquentée l'année précédente</u> :
→ <u>En classe de</u> :

→ <u>Êtes-vous affiliés à une caisse de Sécurité Sociale</u> ?
→ <u>Êtes-vous assurés à une complémentaire</u> ?

→ <u>L'élève a-t-il été opéré des amygdales</u> ? Non	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/>
→ <u>L'élève a-t-il été opéré des végétations</u> ? <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	
→ <u>A-t-il subi une opération chirurgicale</u> ? Non  Si oui, laquelle ?	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/>
→ <u>A-t-il eu les maladies infantiles</u> ? Non  Si oui, lesquelles ?	<input type="radio"/> Oui	<input checked="" type="radio"/>
→ <u>Autres maladies</u> :		

→ **Contre-indication à certains médicaments ?**

Oui

Non

→ **Contre-indication à certaines pommades ?**

Oui

Non

→ **Contre-indication à certains antiseptiques ?**

Oui

Non

→ **Contre-indication aux gants latex ?**

Oui

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 :