

FICHE INFIRMERIE*

NOM : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale
.....

N° et adresse du centre de l'assurance scolaire
.....

Nom et adresse de l'établissement fréquenté en 2022-2023 :
.....

En cas d'accident, 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:

1. N° de téléphone du domicile :
2. N° Portable du responsable 1 : (père - mère)**
3. N° Portable du responsable 2 : (père - mère)**
4. Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....

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. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de sa famille.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours précautions particulières à prendre)
.....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :
.....

Signature du responsable légal:

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

** Rayer la mention inutile

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL SCOLAIRE

*La loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 et le décret n° 2002-637 sur l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, stipulent que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du représentant légal de l'enfant. La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant (qui le suivra durant tout son cursus scolaire) est soumise à ce principe.
 Nous vous demandons donc de bien vouloir compléter et signer ce document qui sera remis au médecin référent de l'établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu'il puisse demander la transmission du dossier.*

Je soussigné(e) NOM Prénom et adresse

.....

.....

responsable légal de l'élève NOM..... Prénom.....

né(e) le

Scolarisé à : Collège Clément Guyard 54 rue Saint-Simon 94000 Créteil.

Classe :

Autorise le Médecin scolaire référent de cet établissement à demander le dossier médical scolaire à son confrère de (ou des) établissement (s) où il (elle) était inscrite précédemment.

Date : Signature :

	Classe	Année scolaire	Établissement
Maternelle	Petite section		
	Moyenne section		
	Grande section		
Élémentaire	CP		
	CE1		
	CE2		
	CM1		
	CM2		
Collège	6 ^e		
	5 ^e		
	4 ^e		
	3 ^e		