Académie d'AIX-MARSEILLE
Année scolaire **2023-2024**

Collège LA GRANDE BASTIDE
18 Chemin Joseph Aiguier
13009 MARSEILLE

FICHE INFIRMERIE

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : …… Sexe (M ou F) : ……..……
Prénoms : …… Nationalité :
Né(e) le : /…/…/…/…/ 2 / 0 / …/…/ à : ……

SCOLARITE ANNEE 2023-2024

Classe : …….. Régime (Externe / Demi-Pensionnaire) : ……...

PERSONNES A CONTACTER

Nom : ……..……
Prénom : ……..……
Adresse : ……..……
……..……
Code postal : /…/…/…/…/…/ Ville : ……..
N° de téléphone du domicile : /…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/
N° de travail du Père : …… Poste : …… Portable : /…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/
N° de travail de la Mère : …… Poste : …… Portable : /…/…/…/…/…/…/…/…/…/…/
Nom, prénom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
……..

AUTRES RENSEIGNEMENTS

N° et adresse du centre de Sécurité Sociale : ……
N° et adresse de l'Assurance Scolaire : ……..

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 qu'accompagné par sa famille.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Date du dernier rappel antitétanique : ……

*Veuillez joindre **obligatoirement** une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé ou des certificats de vaccinations.*

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, …) :
……
……
……
PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : O / N PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) : O / N

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant : ……
……

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL

Cette fiche n'est pas un document confidentiel.

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez transmettre les informations confidentielles qui le concernent sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin scolaire et / ou de l'infirmière scolaire.