

Elève : NOM et Prénom

.....

.....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Classe : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Organisme de Sécurité sociale et Mutuelle : .....

**VACCINS** Joindre IMPERATIVEMENT une photocopie des vaccinations du carnet de santé en y précisant le nom et le prénom de l'élève

**INTERVENTION EN CAS D'URGENCE**

*En cas d'urgence, un avis médical sera demandé au **centre 15 (SAMU)** qui décidera de la prise en charge la plus adaptée. Si besoin, l'élève sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers une structure de soins. **La famille est immédiatement avertie.** Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre de sa famille.*

**Coordonnées**

**Parent 1**

**Parent 2**

Lien de parenté : .....

Lien de parenté .....

Nom : .....

Nom : .....

Domicile : .....

Domicile : .....



Travail : .....



Travail : .....

Portable : .....

Portable : .....

**Autre personne à prévenir en cas d'urgence**

Nom : ..... Lien de parenté : .....

Tél portable : .....

**SANTE** (merci d'entourer votre réponse)

Allergies alimentaires :      oui / non      Préciser : .....

Allergies médicamenteuses : oui / non      Préciser : .....

Autres allergies :              oui / non      Préciser : .....

Problèmes de vue :              oui / non      Préciser : .....

Asthme :                            oui / non      Préciser : .....

Traitement si asthme (*préciser*) : .....

Antécédents médicaux/chirurgicaux (*préciser*) : .....

.....

**PRISE DE MEDICAMENTS occasionelle**

Si prenez un traitement de façon occasionnelle pour maux de ventre, maux de tête (céphalées/migraines) ou autres, veuillez fournir à l’infirmierie une ordonnance de moins de 3 mois ainsi que le traitement. Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

**Prendre contact avec l’infirmière :**

- ➔ Si vous prenez un médicament sur le temps scolaire (traitement régulier ou d’urgence)
- ➔ Si vous êtes porteur d’un handicap.
- ➔ Si vous êtes atteint de troubles de la santé ou d’une pathologie invalidante évoluant sur une longue période et nécessitant des aménagements sur le temps scolaire (prise de traitement, protocole d’urgence, aménagement du temps scolaire...), dans le cadre d’un PAI (Protocole d’Action Individualisée).

EMAIL : [infirmierie@grandlebrun.com](mailto:infirmierie@grandlebrun.com)

**MISE A JOUR DES INFORMATIONS**

Problèmes de santé, accidents survenus depuis le **1<sup>er</sup> septembre 2023**, observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l’établissement et des services d’urgences : *allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, traumatismes, fractures, entorses, affections psychiques...*

.....  
.....  
.....  
.....

*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles à l’infirmière, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’attention de l’infirmière. L’enveloppe pourra être remise directement à l’infirmierie, à l’accueil de l’établissement ou à votre vie scolaire.*

A ....., Le .....

Signature de l’élève majeur :