SAINTE MARIE GRAND LEBRUN Bordeaux
SOUS TUTELLE MARIANISTE ASSOCIÉ À L'ÉTAT PAR CONTRAT

Élève : NOM et Prénom

.....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... **Classe :** .....

FICHE D'URGENCE INFIRMERIE

Année scolaire 20..... / 20.....

N° de Sécurité Sociale : .....

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

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 : ..... Tél portable : .....

Lien de parenté :.....

SANTÉ (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 occasionnelle

Si vous prenez un traitement de façon occasionnelle pour maux de ventre, maux de tête (céphalées/migraines) ou autres, veuillez fournir à l'infirmerie 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 : infirmerie@grandlebrun.com

MISE À JOUR DES INFORMATIONS

Problèmes de santé, accidents survenus depuis le **1er septembre 2024**, 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'infirmerie, à l'accueil de l'établissement ou à votre vie scolaire.

À ……., Le ……

Signature de l'étudiant majeur : Signature des parents si étudiant mineur :