

FICHE INFIRMERIE ET D'URGENCE 21/22

Données réservées exclusivement à l'établissement et aux secours

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL

Afin de préserver le secret médical, il est possible d'adresser des informations confidentielles à l'infirmière, sous enveloppe cachetée, avec le nom, le prénom et la classe de votre enfant.

En cours d'année, pensez à signaler tout nouveau problème de santé à l'infirmière.

Renseignements administratifs

Classe :

Nom de l'élève : Prénom : Age :

Nom Prénom de la mère : Téléphone :

Nom Prénom du père : Téléphone :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Téléphone :

Renseignements médicaux de l'élève

Poids : Date du dernier rappel DTP :

Asthme : OUI NON

Allergie(s) médicamenteuse(s) : OUI, préciser : NON

Allergie(s) ou intolérance(s) alimentaires : OUI, préciser : NON

Autre information :

N.B. : en cas d'allergie alimentaire ou d'intolérance alimentaire notée sur cette fiche, vous devez :

- ❖ Soit faire établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) par votre médecin, à télécharger sur notre site internet - Accueil - Santé Infirmerie avec une liste de documents à fournir impérativement pour la mise en place d'un panier repas.
- ❖ Soit fournir un certificat médical autorisant votre enfant à prendre ses repas en restauration collective

A défaut et pour des raisons de santé évidentes, sa carte d'accès à la restauration sera bloquée.

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et j'ai bien pris note que la psychologue peut recevoir l'élève à sa demande ou à la demande de sa famille ou sur proposition de l'équipe éducative (infirmière, CPE, enseignant...)

Date :

Signature

EN CAS D'URGENCE POUR LES ÉLÈVES MINEURS AU 1/9/2021

Je soussigné(e) Père/Mère/
Tuteur légal (rayer la mention inutile),
autorise l'administration de l'établissement à faire
transporter mon enfant accidenté ou malade par les
services de secours mon enfant accidenté ou malade vers
l'hôpital.

Date :

Signature

EN CAS D'URGENCE POUR LES ÉLÈVES MAJEURS AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE 2021/2022

Je.....soussigné(e) autorise
l'administration de l'établissement à me faire
transporter par les services de secours vers l'hôpital.

Date :

Signature élève

INFORMATION SUR LA RÉCOLTE DE DONNÉES MÉDICALES

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises au service médical de l'établissement, aux services médicaux d'urgence, en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés et dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.