

# Dossier INFIRMERIE 2020-2021

Année scolaire .....

Classe .....

## Fiche d'urgence à l'attention des parents

Nom : .....	Prénom : .....		
Date de naissance : .....	Lieu de naissance : .....		
<input type="checkbox"/> Externe	<input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire	<input type="checkbox"/> Interne	<input type="checkbox"/> Interné-Externé

Numéro de SS et adresse du centre de sécurité sociale de la personne à laquelle est rattaché l'enfant (CPAM, MSA, ..)

Numéro de SS de l'élève (obligatoire à partir de 16 ans).....

Numéro et adresse de l'assurance scolaire :.....

Si accident de travail : MSA, Service des accidents de travail, 12 rue de Paimpont 22025 Saint Brieuc

### Personnes à prévenir cocher le ou les représentants légaux

<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Autre : préciser.....
NOM : .....	NOM : .....	NOM : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....
Tél domicile : .....	Tél domicile : .....	Tél domicile : .....
Tél travail : .....	Tél travail : .....	Tél travail : .....
Portable : .....	Portable : .....	Portable : .....

**Important : Personne susceptible de vous prévenir rapidement et/ou autorisée à venir chercher votre enfant**

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone fixe : .....

Numéro de téléphone portable : .....

Adresse du jeune si différente : .....

Observations particulières que vous jugez utiles de signaler (allergie, traitement,...):.....

Nom et adresse du médecin traitant.....

En cas d'urgence, un apprenant accidenté ou malade est orienté vers l'hôpital le plus proche ou l'hôpital désigné par le médecin régulateur du SAMU. L'apprenant est pris en charge par un véhicule de transport sanitaire adapté.

**Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou de son représentant légal.**

# Dossier INFIRMERIE 2020-2021

## Fiche santé

Pour une meilleure prise en charge de votre enfant, l'équipe éducative souhaite les renseignements suivants :

- **Votre enfant a-t-il été dispensé d'éducation physique et sportive (EPS) ?**      **oui**      **non**  
**Si oui, pour quel motif ?**

.....

- **Est-il susceptible d'être dispensé d'EPS pour l'année scolaire à venir ?**      **oui**      **non**  
Si oui, merci de demander à votre médecin traitant de remplir le certificat médical d'inaptitude partielle ou totale joint à ce dossier.

- **Antécédents médicaux et/ ou chirurgicaux :**

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

- **Allergie(s) (Votre enfant bénéficie t-il d'un PAI ? Joindre le justificatif)**

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

- **Régime alimentaire :**.....

- **Votre enfant suit-il actuellement un traitement (allergie, acné, asthme, ....) ?**      **oui**      **non**  
**Si oui, pourquoi ? joindre la photocopie de l'ordonnance**

.....  
.....

**Vaccination anti-tétanique, date du dernier rappel :**.....

**Joindre une photocopie des vaccinations.** Les vaccinations doivent être à jour le jour de la rentrée. L'accès aux ateliers sera interdit à tous les élèves qui ne sont pas à jour de leur vaccination. De plus, aucune dérogation pour l'utilisation des machines en entreprise ne pourra être accordée.

**Il est fortement conseillé aux élèves d'avoir sur eux leur carte vitale ou la photocopie de l'attestation de la sécurité sociale ainsi que la photocopie de la carte de mutuelle.**

En cas de consultation médicale, je m'engage à régler les honoraires et frais engagés.

A..... le.....  
*Signature des deux responsables légaux ou de l'élève majeur*

**DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par la famille à chaque début d'année scolaire.**  
**Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière.**  
**En cas d'urgence, ce document sera transmis aux services de soins (pompiers, SAMU, ambulanciers, centre hospitalier)**

# Dossier INFIRMERIE 2020-2021

## Accompagnement et Aménagement

Nom :

Prénom :

Classe :

**Si votre enfant ne présente aucune déficience (auditive, visuelle,.....), difficulté d'apprentissage (dyslexie....) ou un trouble de la santé . Veuillez barrer la partie inutile, dater et signer au bas de la page.**

**Si votre enfant présente une déficience (auditive, visuelle,...), une difficulté d'apprentissage (dyslexie....)**

**Veillez préciser le type de handicap, les aménagements à mettre en place ainsi que le bilan orthophonique.**

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

● **A-t-il bénéficié les années précédents :**

- D'une décision MDPH, joindre la notification**
- PPS, PAP, PPRE, joindre la photocopie**
- D'une aide humaine (accompagnement AVS), joindre la notification**
- D'une aide matérielle (ordinateur,...), joindre la notification**
- D'un aménagement d'épreuves, joindre la notification.**

● **Souhaitez-vous déposer un dossier d'aménagements d'épreuves ?** oui  non

Si oui, le dossier est à retirer auprès de l'infirmière.

● **Souhaitez-vous la mise en place pour l'année scolaire à venir ?**

**PPS**  **PAP**  **PPRE.**

Si oui, s'adresser au professeur principal

● **Acceptez-vous la transmission de ces informations au maître de stage lors des stages en entreprise ?**

Oui  Non

Si non, pouvez-vous informer vous-même le maître de stage (meilleure intégration dans l'entreprise).

**Si votre enfant présente un trouble de la santé évoluant sur une longue période.**

● **Votre enfant présente un trouble de la santé, veuillez préciser lequel et joindre la photocopie de l'ordonnance**

.....  
.....

● **A-t-il bénéficié les années précédents :**

**PAI (Projet d'Accueil Individualisé) joindre la photocopie**

● **Souhaitez-vous la mise en place pour l'année scolaire à venir ?**

**PAI. Si oui, s'adresser à l'infirmière**

A..... le.....

Signature des responsables légaux ou de l'élève majeur précédée de la mention lu et approuvé