



Collège Petit Manoir

Avenue Nelson Mandela

97 232 Le Lamentin

0.596.51.28.78 ce.9720083h@ac-martinique.fr



**PHOTO
OBLIGATOIRE**

ANNEE SCOLAIRE 20..... /20.....

FICHE DE RENSEIGNEMENTS à destination de l'INFIRMERIE

NOM de l'ELEVE :classe :

PRENOMS :Sexe : (entourer) Fille ou Garçon

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Etablissement/ classe fréquentée l'année dernière :

RESPONSABLES DE L'ELEVE/Parents ou représentant légal

PERE

Nom-Prénom :

Adresse :

.....

Profession :

N° du domicile :

N° du travail :

N° de portable :

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

Noms, Prénoms, classes des frères et sœurs scolarisés au collège :

.....

Situation maritale des parents : mariés divorcé(e) veuf(ve) célibataire autre

Renseignement concernant l'élève :

Adresse et N° de téléphone, si différents des parents :

.....

LES SOINS/L'URGENCE

Nous, soussignés, Monsieur, Madame

Responsables légaux de l'élève.....

Autorise/autorisons le collège à effectuer, le cas échéant, les premiers soins au sein de l'établissement.

Fait à : Le :

Signature du PERE

Signature de la MERE

Signature autre responsable

En cas d'accident ou d'urgence, le collège s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides, pour qu'elle vienne prendre en charge l'élève accidenté(e) ou malade.

A défaut d'une prise en charge rapide par la famille, l'élève est transporté(e) et orienté(e), sur avis du médecin du SAMU, vers l'hôpital le mieux adapté.

VACCINATION : Fournir les copies des pages de vaccination du carnet de santé de votre enfant en complétant « nom, prénom et date de naissance »

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

.....

+++++

Les observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'infirmière ou du médecin scolaire devront être remises sous enveloppe fermée avec la mention CONFIDENTIEL (maladies, allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre...)

Protocole d'Accueil Individualisé, l'année dernière -VALABLE que pour 1 année : OUI NON

Si **OUI**, c'est que votre enfant

- est atteint d'une maladie chronique nécessitant une prise de médicaments durant le temps scolaire,
- est susceptible de prendre un traitement d'urgence à l'école,
- est atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante nécessitant des aménagements particuliers, matériels et/ou pédagogiques, dans le cadre scolaire,
- était suivi par le médecin scolaire l'an dernier et qu'il a changé d'établissement