

## Fiche médicale - MATERNELLE

|               |        |                      |        |                      |
|---------------|--------|----------------------|--------|----------------------|
| <b>Enfant</b> | NOM    | <input type="text"/> | Prénom | <input type="text"/> |
|               | Classe | <input type="text"/> |        |                      |

| <b>Parents ou Représentant légal</b> | Parent 1 ou représentant légal | Parent 2             |                      |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|
|                                      | NOM Prénom                     | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                      | Adresse                        | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                      | CP                             | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                      | Ville                          | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                      | Tél domicile                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                      | Portable                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|                                      | Adresse mail                   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



**Pensez à nous indiquer tous changements de coordonnées afin d'être joint rapidement en cas de nécessité**

|                                           |                          |                          |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                           | OUI                      | NON                      |
| Etes vous assurés à la Sécurité Sociale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez vous une assurance complémentaire ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Autorisation d'intervention chirurgicale ou d'hospitalisation

Je (nous) soussigné(s) :

autorise(nt) l'administration de l'établissement à prendre, si celui-ci n'a pas pu nous joindre, toutes les mesures utiles pour une intervention chirurgicale vitale ou hospitalisation à l'hôpital Georges Pianta de Thonon.

A

Le

### Signature obligatoire

Parent 1 ou responsable légal

Parent 2

### ANTECEDENTS MEDICAUX

#### Antécédents médicaux - maladies chroniques et traitements en cours :

Si un traitement est à prendre de manière régulière sur le temps scolaire, merci de prendre rdv avec Mme Morel, directrice et l'infirmière pour mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI).

**Aucun médicament ne sera donné à l'école, les prises doivent se faire à la maison**

#### Interventions chirurgicales

#### Allergies

#### Autres renseignements utiles à l'infirmière (médicaments contre indiqués etc...)

**En cas de maladie contagieuse**, les familles sont tenues d'aviser immédiatement l'école (oreillons, rubéole, varicelle...). **Un certificat médical de non-contagion est alors obligatoire** pour le retour en classe.

**Pour les maladies parasitaires** (poux, etc...) les familles préviendront aussi l'école.

**Si un traitement doit intervenir en cours d'année, merci de le signaler impérativement à l'infirmière**

**Aucun élève ne doit détenir des produits pharmaceutiques.**

Si les symptômes sont chroniques, le traitement peut être déposé à l'infirmerie par les parents avec un double de l'ordonnance et/ou doit faire l'objet d'un PAI.

**L'infirmerie est un lieu d'accueil et de soins réservée exclusivement aux maux arrivant à l'école** et non un lieu de consultation médicale ou de distribution de médicaments. Elle ne doit en aucun cas se substituer à la médecine libérale. Les élèves doivent se faire soigner par leur médecin traitant.

A

Le

#### Signatures obligatoires

Parent 1 ou responsable légal

Parent 2