

Collège SIMON LUCAS

25 rue du Stade - BP 98

97427 ETANG SALE

Tel : 02 62 26 30 08 Fax : 02 62 26 36 43

Mail : ce.9740813R@ac-reunion.fr

Site internet : <http://college-simon-lucas.ac-reunion.fr>**FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS ***

N° de sécurité sociale et adresse du centre de sécurité sociale :

.....
N° et adresse de l'assurance scolaire :
En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° du travail du père : Poste :
2. N° du travail de la mère : Poste :
3. Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement. :
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

 Je laisse à l'administration du collège le soin de prendre toutes les dispositions utiles.

Le :

Signature :

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
 Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmier de l'établissement.

Vie familiale :**Situation familiale :**Établissement : COLLEGE SIMON LUCAS**DOSSIER INFIRMIER**

NOM

Prénom :

Né(e) le : F/G :

Année scolaires	Classes	Etablissements / Communes	Régime
20 /20	Maternelle Grande Section		
20 /20	CM2		
20 /20	6 ^{ème}		
20 /20	5 ^{ème}		
20 /20	4 ^{ème}		
20 /20	3 ^{ème}		

Responsable	Père	Mère	Autre
Nom			
Prénom			
Profession			
Tél.			

Adresse du domicile
.....

Fratrie				
Nombre	Nom	Prénom	Classe	Ecole
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

CONDITIONS DE VIE
A remplir par la famille

Rythmes quotidiens :

- Lever :
- Qualité du sommeil :
- Chambre individuelle :
- Ordinateur/tablette :
- Coucher :
- Enurésie :
- Lit individuel :
- Accès Internet :

Alimentation :

- Petit déjeuner :
- Goûter :
- Régime alimentaire :
- Allergies alimentaires :

Activités physiques à l'extérieur de l'établissement :

-
- Trajet vers l'établissement :

Résultats scolaires :

- Difficultés :
- Redoublant :
- Suivi orthophonique :
- Autre suivi :
- PAP** :
- Cours de soutien :

ANTECEDENTS MEDICAUX

- ATCD médicaux :
- ATCD chirurgicaux :
- Allergies :
- Traitement en cours :
- PAI**

BILAN INFIRMIER
A remplir par l'infirmière

Date :

Poids : Taille : IMC :

Hygiène bucco-dentaire :

Acuité visuelle :

- De loin sans verres : OD : OG :
- De loin avec verres : OD : OG :
- Vision binoculaire :
- Vision de près (lunettes +2 dioptries) :
- Test de Lang :
- Vision des couleurs :

Acuité auditive : (Test avec audiomètre)

- Oreille droite :
- Oreille gauche :

Vaccins :

- Rappel DTP :
- ROR
- HEP B