|  |  |
| --- | --- |
| StJH-LogoOrig-RVB | **fiche d’infirmerie**  **Cette fiche n’est pas confidentielle**  **Année 2024-2025** |

**Infirmerie :** 01 39 54 61 22

infirmerie@sjh.fr

**Nom de l’élève** :……….……………………………………………… **Prénom** : ……………………………

**Date de naissance :** ………………………………….. **Classe :** ………………………………………………

**N° de sécurité sociale :** ………………………………………………………………………….…………

**Adresse du centre de sécurité sociale** : …………………..….……………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………..…

**En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.**

**Merci de faciliter notre mission en nous indiquant au minimum deux numéros de téléphone.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Représentant légal 1** | **Représentant légal 2** | **Autre personne susceptible de venir chercher rapidement l’enfant** |
| Nom : .………………………… | Nom : .………………………. | Nom : .……………………….. |
| Prénom : .…………..…………. | Prénom : .…………………….. | Prénom : .……………………. |
| Tél travail : ……………………. | Tél travail : ……………………. | Tél travail : ……………………. |
| Portable : ……………………... | Portable : ……………………... | Portable : ……………………... |

**En cas d'urgence** et après régulation par le centre 15, votre enfant sera orienté vers l’établissement de santé le mieux adapté. **Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné d’un parent**. Les frais engagés seront pris en charge par la famille.

**Renseignements médicaux et chirurgicaux** :

…………………………………………………………………………………………………………...…........

…………………………………………………………………………………………………………...….....

**Si votre enfant présente un problème de santé qui nécessite : des soins, un traitement ou un aménagement sur le temps scolaire merci de prendre contact avec l’infirmerie** afin d’établir s’il convient de mettre en place un **PAI** (Protocole d’Accueil Individualisé) à télécharger sur le site de SJH (rubrique vie scolaire/infirmerie). LePAI renseigné par votre médecin, devra être déposé à l’infirmerie avec **l’ordonnance récente et le traitement**.

**Allergies :** ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Si votre enfant présente des allergies alimentaires nécessitant la mise en place d’un PAI avec un traitement d’urgence (type Adrénaline) et déjeune à la cantine : il appartient au médecin prescripteur de préciser, sur le PAI, si votre enfant doit apporter un panier-repas (voir modalités sur le site) ou s’il peut consommer ce qui est proposé par le service de restauration.

**Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l’établissement et des services d’urgence**: problèmes psychologiques, traitements en cours, situation de vie, etc… nécessitant une attention ciblée ....................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………..

1/2 **RENSEIGNER EGALEMENT LE VERSO…/…**

**NOM de l’élève** :……….……………………………………………… **Prénom** : ……………………………

**Vaccinations obligatoires pour les enfants nés avant 2018 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Maladies | Nom du vaccin | Date du dernier rappel |
|  |  |  |
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite |  |  |
|  |  |  |

**Vaccinations** **obligatoires pour les enfants nés après le 1er janvier 2018 :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Maladies | Nom du vaccin | Date du dernier rappel |
|
| Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Haemophilus Influenza B |  |  |
| Hépatite B |  |  |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole |  |  |
| Pneumocoque |  |  |
| Méningite méningocoque C |  |  |
|
| Autres vaccins…… |  |  |

***Cette fiche n’est pas confidentielle****, elle est à remplir à chaque début d’année. Elle peut être utilisée sur différents temps périscolaires de votre enfant. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe, à l’attention des infirmières.*

***Si une information médicale essentielle doit être connue sans délai par l’infirmerie,*** *merci de nous en informer rapidement par mail :* [*infirmerie@sjh.fr*](mailto:infirmerie@sjh.fr) *ou par téléphone au 01 39 54 61 22.*

A…………………………………………………, le …………………………………………………………..

**Signature des parents ou du tuteur légal :**

**2/2**