



**ÉCOLE
BOULLE**

LYCÉE DES MÉTIERS D'ART, DE L'ARCHITECTURE
INTÉRIEURE ET DU DESIGN
ÉCOLE SUPÉRIEURE DES ARTS APPLIQUÉS

9 – 21 rue Pierre Bourdan
75571 PARIS cedex 12
☎ 01 44 67 69 32 📠 01 43 42 22 66

**SERVICE PROMOTION DE LA SANTÉ EN FAVEUR DES ÉLÈVES
FICHE D'INFIRMERIE**

Nom :

Prénom :

Classe/ division :

Numéro de sécurité sociale :
.....

Date du dernier rappel anti tétanique obligatoire :
.....

Photo

JOINDRE LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS sous enveloppe fermée à l'intention de l'infirmière.

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. Les responsables légaux sont immédiatement avertis. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital sans être accompagné de ses responsables légaux.

Nom d'un Tiers de confiance pour les élèves mineurs éloignés de leurs responsables légaux :

Note qu'aucun élève mineur ne pourra être libéré pendant les heures scolaires, après avis du service médical, sans que l'un des représentants légaux n'ait donné son accord préalablement par courriel à :

infirmierie@ecole-boulle.org, s'il ne peut venir l'accompagner.

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les responsables légaux ou les élèves majeurs 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'infirmière de l'établissement.

Maladies chroniques ou troubles particuliers dont vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement :
.....

Traitements sur le temps scolaire (en cas de besoin et/ou en cas d'urgence) :
.....

Réactions allergique :

Précautions particulières :

Aménagements potentiels :

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié de la mise en place d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? Oui Non

Souhaitez-vous le renouveler cette année ? Oui Non

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié de la mise en place d'un projet d'accueil personnalisé (PAP) ? Oui Non

Votre enfant a-t-il une reconnaissance auprès de la maison départementale du handicap (MDPH) ? Oui Non Dans quel département :

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant et/ ou du centre médical de référence :

Date :

Signatures des représentants légaux :

Signature de l'élève/ Etudiant majeur :