

Pour une meilleure prise en charge de votre enfant, il est important que cette fiche soit correctement rempli et signée.
BO n°1 du 06.01.2000. Les vaccins doivent être obligatoirement à jour délibération n°21/CP des 04 mai 2006 et n°45/CP du 20 avril 2011 du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Nom : Prénom :

Adresse :

Né(e) le : Classe :

Assurance scolaire :

Régime : ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne

Etablissement fréquenté l'année précédente :



PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : (l'établissement s'efforce de prévenir la famille le plus rapidement possible)

PERE OU TUTEUR LEGAL	MERE OU TUTRICE LEGALE	Autre personne	Transporteur
Nom et Prénom :	Nom et Prénom :	Nom et Prénom :	Nom :
Tél dom :	Tél dom	Tél dom	
Tel trav :	Tel trav :	Tel trav :	Tel trav :
Mobilis :	Mobilis	Mobilis	Mobilis

COUVERTURES SOCIALES :

AIDE MEDICALE A OU B : N°	Valide du	au
(sud, nord ou îles)		
CAFART/RUAMM : N°	Valide du	au
MUTUELLES : N°	Valide du	au

VACCINATION :
JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINS DU CARNET DE SANTE

Médecin traitant : téléphone :

AUTORISATION PARENTALE

En cas d'urgence l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'établissement s'efforce d'avertir le plus rapidement possible la famille. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... Père/Mère/tuteur légal, de l'élève..... autorisons le chef d'établissement, à prendre les mesures nécessaires au maintien de l'état de santé de mon enfant.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

Fait à Le : Signature des parents (obligatoire)

AUTORISATION DE DELIVRANCE DE MEDICAMENTS

OUI ☐ Nous autorisons l'infirmière à délivrer un médicament à notre enfant en cas de douleur ou autre (médicament faisant parti de la liste autorisé par le Bulletin Officiel n°14 du 06 Janvier 2000)

NON ☐ Nous n'autorisons pas l'infirmière à délivrer de médicament à notre enfant en cas de douleur ou autre, de ce fait nous nous engageons à venir le récupérer dès que son état de santé le nécessite.

Nom et N° de tél de la personne à prévenir :

A, Le,

Signature des parents précédée de la mention « Lu et approuvé »



FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée

NOM :

PRENOM :

CLASSE :

Problèmes de santé de votre enfant	OUI	NON	Traitements médicaux (Joindre 1 copie de l'ordonnance)
PULMONAIRE			
Asthme	☐	☐	
Autre lesquels	☐	☐	
CARDIAQUE			
Rhumatisme (RAA)	☐	☐	
Souffle au cœur	☐	☐	
Autre lesquels			
Epilepsie	☐	☐	
Spasmophilie	☐	☐	
Diabète			
ALLERGIE			
Lesquelles.....	☐	☐	
Si oui fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement			
Autres lesquels.....			
PROBLEME VISUELS			
Myopie	☐	☐	
Astigmatisme	☐	☐	
Hypermétrope	☐	☐	
Diplopie	☐	☐	
Autre lesquels	☐	☐	
Port de lunettes et/ou lentilles (préciser)	☐	☐	
PROBLEME AUDITIFS			
Surdité	☐	☐	
Otites	☐	☐	
Autre lesquels	☐	☐	
HANDICAP			
lequel	☐	☐	
SUIVI DE VOTRE ENFANT			
Psychologique	☐	☐	
Par un éducateur	☐	☐	
Orthophonique	☐	☐	
En famille d'accueil	☐	☐	

Autres soucis de santé à signaler :

.....

.....

.....

En fonction des renseignements portés sur cette fiche, vous pourrez être contact  par l'infirmier scolaire pour établir si vous le souhaitez un projet d'accueil individualisé, permettant une meilleure prise en charge de votre enfant.

Vue et pris connaissance, Signature des parents (obligatoire)

Date :