



**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL A
REEMPLIR ET A RETOURNER**

Fiche de renseignement à destination de l'infirmier de l'école Over The Rainbow

Année scolaire 2019/2020

Nom : **Prénom** :

Classe : **Date de naissance** :

Numéro sécurité sociale :
.....

Père ou responsable :

N° portable :

N° travail :

Mail :

Mère ou responsable :

N° portable :

N° travail :

Mail :

N° autre personne à contacter en cas de urgence :

- Votre enfant présente-t-il un problème de santé ? **oui** **non**
-

- Votre enfant présente-t-il des allergies ? **oui** **non**
-

- Votre enfant a-t-il eu des antécédents médicaux ? **oui** **non**
-

- Votre enfant a-t-il eu des antécédents chirurgicaux ? **oui** **non**
-

- Votre enfant prend-il un traitement médicamenteux régulier ? **oui** **non**

Lequel ?.....

- Votre enfant est-il suivi par un spécialiste ? **oui** **non** **Si oui, lequel** :.....

- Votre enfant est-il suivie : Par un psychologue ? **oui** **non**

Par un orthophoniste ? **oui** **non**

Par un ophtalmologue ? **oui** **non**

Doit-il porter des lunettes ?.....

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un support thérapeutique ? **oui** **non**

- J'autorise l'administration de Paracétamol en cas de fièvre supérieure à 39°C : **oui** **non**

- J'autorise l'administration d'Arnica en cas de contusions ou d'hématomes : **oui** **non**

- Je suis informé qu'un traitement médicamenteux ne pourra être donné que lorsqu'il est remis avec une prescription médicale : **oui**

- Je suis informé que tout changement de l'état de santé de mon enfant devra être signalé directement à l'infirmière. **oui**

Les données de cette fiche sont confidentielles et ne pourront être diffusées.

En cas d'accident grave, pendant le temps scolaire, l'enfant sera conduit aux urgences par des professionnels de la santé : les parents seront immédiatement avertis de la situation par l'école.

Signature :

Date :