

## Collège TEXEIRA DA MOTTA

27 rue Eugène de Louise  
BP 98

97419 LA POSSESSION

Tel : 02 62 55 26 80

Fax : 02 62 55 26 89

Mail : ce.9741236a@ac-reunion.fr

Site internet : <http://collège-texeiradamotta.ac-reunion.fr>

<https://www.facebook.com/CollegeTexeiraDaMottaOfficiel>

Etablissement : COLLEGE TEXEIRA DA MOTTA

## DOSSIER INFIRMIER

NOM .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... F/G : .....

### 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'infirmerie de l'établissement.

Année scolaires	Classes	Etablissements / Communes	Régime
20__/20__	Maternelle Grande Section		
20 /20	CM2		
20 /20	6 <sup>ème</sup>		
20 /20	5 <sup>ème</sup>		
20 /20	4 <sup>ème</sup>		
20 /20	3 <sup>ème</sup>		

Responsable	Père	Mère	Autre
Nom			
Prénom			
Profession			
Tél.			

#### Adresse du domicile

Fratric				
Nombre	Nom	Prénom	Classe	Ecole
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

**Vie familiale :**

**Situation familiale :**

## CONDITIONS DE VIE

A remplir par la famille

### Rythmes quotidiens :

- Lever :
- Coucher :
- Qualité du sommeil :
- Enurésie :
- Chambre individuelle :
- Lit individuel :
- Ordinateur/tablette :
- 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 :
- Cours de soutien :
- Suivi orthophonique :
- Autre suivi :
- PAP :**

## ANTECEDENTS MEDICAUX

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

## BILAN INFIRMIER

A remplir par l'infirmière

Date :

TA :

Pouls :

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 :

-Oreille droite :

-Oreille gauche :

### Vaccins :

-Rappel DTP :

-ROR :

-Hépatite B :