

***DOCUMENT 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'infirmier(e) de l'établissement.

2024-2025

Nom : Prénom(s) :

Niveau de Classe (en 2024/25) : Date de naissance :

Nom et adresse des parents (ou du représentant légal) :

.....

.....

En cas d'accident, l'établissement doit pouvoir contacter la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant tous les numéros de téléphone auxquels nous pourrions vous joindre rapidement :

Contact Téléphonique de la mère (ou représentant légal)

Domicile :

Portable:

Travail :

Contact téléphonique du père (ou représentant légal)

Domicile :

Portable :

Travail :

Nom et n° de téléphone d'une autre personne susceptible de vous prévenir rapidement (voisins, amis,...)

.....

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est pris en charge 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.

A :

Le :

**Signature des parents
(ou représentant légal)**

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(le dernier rappel doit avoir été fait entre l'âge de 11 et 13 ans)

Observations particulières	Aménagement de scolarité antérieur
Divers (Asthme/allergies/suivi médical/traitement en cours/maladie chronique).....	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
.....	PAP <input type="checkbox"/>
.....	Ou
Suivi psychologue/psychiatre:	PAI <input type="checkbox"/>
Antérieur : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	(merci de prendre contact avec l'infirmier(e) à la rentrée pour la reconduction du PAI)
Actuel : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

➔PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) pour tous les troubles des apprentissages (ex : dyslexie...)

➔PAI (Projet d'Accueil Individualisé) pour toutes les pathologies chroniques (diabète, épilepsie,...), intolérances alimentaires, allergies

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

En cas de suivi par un psychologue/psychiatre : nom du médecin qui a suivi ou suit votre enfant :

.....

Rappel : pour tout élève qui doit prendre un traitement pendant le temps de présence dans le lycée, les **médicaments**, un **double de la prescription** médicale et une **autorisation parentale** doivent être déposés à l'infirmierie ou à l'administration (vie scolaire) en cas d'absence de l'infirmière.