

Identité de l'élève :

Noms :

Prénoms :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Numéro de Sécurité Sociale:..... (du responsable rattaché à l'élève)

Nom et numéro de Mutuelle :

Demi-pension ☐ Externe ☐ Interne ☐

Sexe: Féminin Maculin Non-genré

Lieu :

Responsable légal :

Noms :

Prénoms:.....

N° de téléphone :

Responsable légal

Noms :

Prénoms :

N° de téléphone :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Noms :

Prénoms :

Lien de parenté :

N° téléphone :

Antécédents médicaux :

.....

.....

.....

Traitements :

L'élève bénéficie-t-il d'un dispositif d'accompagnement ?

PAI PAP

PPRE PPS

Antécédents chirurgicaux :

.....

.....

.....

Joindre la photocopie des vaccinations

Date dernier rappel Diphtérie- Tétano-Poliomyélite (DTP) :

Coordonnées du médecin traitant :

Coordonnées du médecin spécialiste :

Informations particulières :

.....

En vertu des articles du BO du 6 janvier 2000, l'infirmière n'est pas autorisée à donner des traitements sans prescription médicale.

En cas de **traitement ponctuel**, les médicaments doivent obligatoirement être déposés à l'infirmerie avec l'ordonnance.

En cas de **traitement régulier**, la mise en place d'un PAI et ou protocole d'urgence doit être établi à votre demande.

Autorisation d'une prise en charge médicale et éventuellement d'une hospitalisation

Je soussigné(é),.....représentant légal, autorise le Lycée Jean Claude FRUTEAU, à faire intervenir en cas de nécessité, les secours, voire un médecin pour pratiquer les soins si nécessaire, et procéder à une hospitalisation.

Lu et approuvé

Le....., à
Signature