



FICHE INFIRMERIE



Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque rentrée scolaire

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : _____
Prénom : _____
Né (e) le : _____ à _____
Nationalité : _____
Demi-pensionnaire Externe Interne

SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE

Etablissement fréquenté : _____
Classe : _____ Division : _____
Commune : _____ Fin de scolarité : _____

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Commune : _____
Profession : _____
Tel Dom : _____ Tel travail : _____ GSM : _____

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Commune : _____
Profession : _____
Tel Dom : _____ Tel travail : _____ GSM : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS

N° & adresse du centre de Sécurité Sociale : _____

N° & adresse de l'assurance scolaire : _____

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.

ANTECEDENTS MEDICAUX

L'élève suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.

Asthme: OUI NON

L'élève a-t-il des allergies ?

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres :

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

.....
.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Pathologies familiales : Diabète : OUI NON

Cholestérol : OUI NON

Problèmes cardiaques : OUI NON

Autres :

Parents : Mariés Séparés Divorcés

Nombre de sœurs

Nombre de frères

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDES | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou DT Polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | | |
| BCG | | | | | |

Veillez joindre les copies du carnet de vaccination.

| MALADIE | OUI | NON | MALADIE | OUI | NON |
|-----------|-----|-----|------------|-----|-----|
| Rubéole | | | Coqueluche | | |
| Varicelle | | | Rougeole | | |
| Oreillons | | | Scarlatine | | |
| Otite | | | Autres | | |
| Angine | | | | | |

L'élève bénéficie-t-il d'aménagements particuliers :

PAI (Pathologie) : OUI NON (si OUI fournir le dossier)

(Projet d'Accueil Personnalisé)

PPS (Handicap) : OUI NON (si OUI fournir le dossier)

(Projet Personnalisé de Scolarisation)

PAP : OUI NON (si OUI fournir le dossier)

(Plan d'Accompagnement Personnalisé)

Pour tout aménagement, fournir un dossier complet à l'infirmière, dès la rentrée.

(Bilan orthophonique, orthoptiste etc)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

ENGAGEMENT

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant
 déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'administration du lycée à
 prendre toutes mesures pour évacuer l'élève vers un établissement hospitalier en cas de nécessité.

DATE :

SIGNATURE :