



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 : _____

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 : _____

Parents : Mariés Séparés Divorcés

Concubinage

Nombre de sœurs

AUTRES RENSEIGNEMENTS

N° de Sécurité Sociale :

Nom et n° 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) :

.....
.....
.....

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

VACCINS RECOMMANDES	DATES	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
Hépatite B		DTP	
Rubéole-Oreillons-Rougeole			
Coqueluche			
BCG			
HPV			

Veillez joindre les copies du carnet de vaccination.

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		

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

PAI (Projet d'Accueil Personnalisé) : OUI NON

PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) : OUI NON

PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) : OUI NON

Pour tout aménagement, merci de fournir un dossier complet dès la rentrée.
(Bilan orthophonique, orthoptiste, Ordonnance ...)

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Nom du Médecin :

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

.....

ENGAGEMENT

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant

.....

Certifie l'exactitude des 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 :