

## FICHE INFIRMERIE

Madame, Monsieur,

Merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions qui permettront de constituer le dossier infirmier de votre enfant.

NOM: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_

**Nom / Prénom du Responsable légal 1 + adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de GSM : \_\_\_\_\_ Fixe: \_\_\_\_\_

**Nom / Prénom du Responsable légal 2 + adresse :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de GSM : \_\_\_\_\_ Fixe: \_\_\_\_\_

Y a-t-il des Frères et sœurs dans l'établissement ? Si Oui, Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant est-il porteur d'une maladie quelconque (*asthme, diabète, problème cardiaque, épilepsie, ou autre*) ? \_\_\_\_\_

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? Oui  Non

Si oui, dernière visite chez l'ophtalmologiste ? \_\_\_\_\_

Votre enfant suit-il un traitement d'orthodontie ? Oui  Non

Si oui, depuis combien de temps? \_\_\_\_\_

L'année dernière votre enfant avait-il un accompagnement **médical** particulier? (*protocole d'urgence, **Projet d'Accueil Individualisé, Projet Personnalisé de Scolarisation***)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pour quelle raison? \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous le renouveler ? \_\_\_\_\_

**Si oui, merci de prendre contact avec l'infirmière.**

**Tout médicament doit être déposé à l'infirmierie (aucun médicament ne doit être avec l'élève !).**

**Merci de fournir la photocopie de la page de vaccination diphtérie- tétanos-poliomyélite du carnet de santé de votre enfant. Aucune photocopie ne sera faite au lycée.**

*Vous pouvez venir échanger sur la santé de votre enfant, si vous le souhaitez, en prenant rendez-vous avec l'infirmière du lycée au 0262 39 75 51 ou 06 92 40 14 32.*

**Cordialement, Sandrine DUMONT-TRUCHI, Infirmière du LPO Jean Joly**