



## FICHE D'INFIRMERIE

Année scolaire 2024 - 2025

**Tout traitement médical est à prendre obligatoirement à l'infirmerie avec ordonnance**

NOM  Prénom

CLASSE (2024/2025)

Demi-pensionnaire  Externe

Elève majeur  Oui  Non

Adresse

Ville

Né(e) le  à

Établissement précédent

**PREMIER RESPONSABLE LÉGAL**

NOM Prénom

Téléphone

Courriel

**DEUXIÈME RESPONSABLE LÉGAL**

NOM Prénom

Téléphone

Courriel

**NOM DES FRÈRES ET SŒURS SCOLARISÉS AU LYCÉE LE VERGER :**

**EN CAS D'URGENCE PRÉVENIR** (préciser le lien de parenté)

NOM Prénom  Téléphone

NOM Prénom  Téléphone

**AUTORISATION DE TRAITEMENT MÉDICAL OU CHIRURGICAL**

Je soussigné(e)  agissant en qualité d'élève majeur OU

agissant en qualité de  Père  Mère  Tuteur  Tutrice

autorise l'administration du lycée «Le Verger» à prendre en cas d'accident ou d'affection à évolution rapide, toutes les mesures d'urgence.

A

Le

Signature

## FICHE MÉDICALE (Confidentielle à mettre sous pli)

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des informations suivantes concernant l'élève

**ALLERGIES CONNUES**

OUI

NON

Si oui la ou lesquelles

**PATHOLOGIE CHRONIQUE OU INVALIDANTE**

OUI

NON

Si oui la ou lesquelles

Traitement médicaux / suivis

Désirez-vous bénéficier d'un projet d'accueil individualisé « **P.A.I.** »?

OUI

NON

Si oui, prendre contact avec l'infirmière du lycée (02 62 53 22 46)

**MÉDECIN TRAITANT**

Téléphone

Antécédents médicaux ou chirurgicaux importants

**VACCINATIONS** (joindre impérativement les photocopies du carnet de santé)

Antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique

Date dernier rappel

Rougeole, oreillons, rubéole

Date des deux injections

Le représentant légal

Date

Signature