Médecin traitant :

Antécédents médicaux / chirurgicaux :

Allergies :

Asthme :

Autre pathologie :

Traitement actuel :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vaccination | Injection | Rappel | Observation |
| 1 ère | 2ème | 3ème |
| BCG |  |  |  |  |  |
| Test tuberculinique |  |  |  |  |  |
| **DT POLIO** |  |  |  |  |  |
| Hépatite B |  |  |  |  |  |
| **R.O.R** |  |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |  |

**Si votre enfant bénéficie d’un aménagement spécifique, merci de contacter l’infirmerie du lycée au 06 93 00 06 06**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aménagementscolaire  | OUI  | NON  | Pathologie / Trouble |
| PAI |  |  |  |
| PAP |  |  |  |
| PPS |  |  |  |
| Aménagementd’examen |  |  |  |
| CNED |  |  |  |

A Le …………………………………………………………

**DOSSIER INFIRMIER**NOM :
Prénom :
Date de naissance :
CLASSE :

|  |
| --- |
| **FILLE /GARCON** |

***Etablissement d’origine*** :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Années scolaires**  | **Classes**  | **Etablissement/commune**  | **Régimes** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RESPONSABLE  | **Père**  | **Mère**  | **Autre membre** |
| **Nom** |  |  |  |
| **Prénom** |  |  |  |
| **Profession** |  |  |  |
| **Tel Professionnel** |  |  |  |
| **Tel Personnel** |  |  |  |
| **Tel domicile** |  |  |  |

Adresse du domicile :

**FICHE D’URGENCE ET DE RENSEIGNEMENTS**

***Année scolaire : 2024-2025
Classe :
Date du dernier rappel DTP :***

**Nom** **:…………………………………………………………… Prénom** **: ………………………………………………………………
Date de naissance** **: ………………………………………
Nom et adresse** des parents ou du représentant légal **: ……………………………………………………………………………. ….…………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..**

**Numéro de sécurité sociale** **: …………………………………………………………………………………………………………………
Numéro, nom et adresse** de l’assurance scolaire **: ……………………………………………………………..……………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………**

***En cas d’accident, l’établissement s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Merci de nous aider en nous communiquant
au moins un numéro de téléphone sur lequel vous serez joignable*.**

Numéro de téléphone du **domicile** : ………………………………………….
Numéro de téléphone du **père** : ……………………………………. Numéro du travail : ……………………………
Numéro de téléphone de la **mère** : ………………………………. Numéro du travail : …………………………….
Nom et Numéro de téléphone **d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement** **:
.....................................................................................................................................................**

**En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les secours d’urgence vers l’hôpital le plus proche. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné de sa famille.**

*Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d’année scolaire. Si vous
souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à
l’intention de l’infirmière ou vous présentez le jour de la rentrée au lycée. Merci pour votre
collaboration.*

**Signature du représentant légal**