

DOSSIER INFIRMIER

À LIRE ET À SIGNER PAR LES PARENTS ET ÉLÈVES.

En cas d'urgence, votre enfant sera orienté et transporté vers les services appropriés selon l'avis du SAMU. Vous en serez immédiatement prévenu par nos soins.

La consommation de produits psychoactifs (alcool, zanol, certains médicaments,...) est prohibé au lycée. La détention ou consommation de ces produits par les élèves, sera sanctionnée et la famille avisée.

L'élève admis en section professionnelle, conformément à la réglementation en vigueur concernant l'utilisation de machines dites dangereuses, bénéficiera d'une visite médicale avec le Médecin de l'Éducation Nationale qui lui délivrera un certificat d'aptitude en l'absence de contre-indication. Il pourra être demandé à l'élève un avis spécialisé, dans ce cas il est demandé à la famille de prendre un RDV avec le dit spécialiste le plus rapidement possible.
Ce certificat d'aptitude est nécessaire pour le départ en stage et la participation active à l'atelier.

Signature de l'élève

Signature du responsable

NOM :

PRÉNOM :

DDN :

ANNÉE SCOLAIRE	DIVISION	ÉTABLISSEMENT	RÉGIME
		LPO STELLA	
		LPO STELLA	
		LPO STELLA	

Responsable 1 : NOM / Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Responsable 2 : NOM / Prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

ARRÊTÉ PAR L'INFIRMIÈRE EN MAINS PROPRES
ou par mail à cette adresse uniquement :
Cecile.Forest@ac-remun.fr

Tiers à prévenir en cas d'urgences :

NOM / Prénom : _____
 Tél : _____

Médecin traitant : _____
 Tél : _____

L'élève présente-il ?

Traitement :

Asthme : oui / non

Épilepsie : oui / non

Diabète : oui / non

DG6PD : oui / non

Allergie(s) : oui / non
 testé : oui / non

Allergènes : _____ PAI oui / non

Suivi	ATCD	Actuellement
Ophthalmologie	Oui / Non	Oui / Non Corrections optique : Oui / Non
ORL	Oui / Non	Oui / Non Appareils auditifs Oui / Non
Kiné	Oui / Non	Oui / Non

Suivi _____

ATCD _____

Actuellement _____

Orthophonique

oui non
 PAP Oui/ Non

oui non
 PAP oui non

Psychologique

oui non
 *Si oui : CMPEA
 MDA
 Autres

oui non
 *Si oui : CMPEA
 MDA
 Autres

* barrer la mention inutile

Autres Situations :

Pathologie : _____

Traitement médical : _____

Aménagements scolaires : _____

VACCIN		Date
Dyphthérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche	Dernier rappel	
Hépatite B	3ème injection	
Rougeole-Oreillons-Rubéole	2ème injection	
Papillomavirus Humain	2ème injection	
Méningocoque C		
Autres		