

Fiche de renseignements à destination de l'infirmier

Année scolaire

Elève entrant dans l'établissement



Photo

- **Identité de l'élève :**

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : Classe (à la rentrée) :

Régime : externe / demi pensionnaire / interne

Numéro de téléphone portable de l'élève :

- **Scolarité de l'année précédente :**

Classe précédente :

Nom et adresse de l'établissement d'origine pour les nouveaux élèves :
.....

- **Nom et adresse des parents ou représentant légal :**

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Profession :

Adresse :
.....

Autre responsable :

Nom : Prénom :

Lien de parenté : Profession :

Adresse :
.....

- **Composition de la famille :**

Nombre de frères et sœurs :

Année de naissance :

- **Numéros de téléphone en cas d'urgence :**

En cas d'accident ou de maladie, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone. En cas d'urgence, le centre 15 est appelé.

1 - n° de tél du domicile mère : n° de tél du domicile père :

2 - n° de tél de portable mère : n° de tél de portable père :

3 - n° de tél de travail mère : n° de tél du travail père :

- **Renseignements complémentaires :**

N° de sécurité sociale de l'élève (ou à défaut celui des parents) :

Je soussigné(e).....représentant légal de l'élève.....déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'établissement à prendre toutes mesures (transfert à l'hôpital par un service de secours, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature des parents ou du responsable légal :

Merci de compléter la fiche au verso .../...

Fiche de renseignements médicaux confidentiels
destinée à l'infirmier

(à remettre sous pli cacheté si vous le souhaitez)

Année scolaire

Nom : **Prénom :**

- **Présente-t-il un problème de santé particulier ?** oui non

Si oui, lequel ? Médecin qui le suit :

- **Votre enfant présente-t-il des allergies ?** oui non

Si oui, lesquelles ?

- **Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?** oui non

Si oui, lesquelles et à quelles dates ?
.....

- **Votre enfant prend-il un traitement médical régulièrement ?** oui non

Si oui, lequel ?

**TOUT TRAITEMENT PRIS SUR LE TEMPS SCOLAIRE DEVRA ETRE SIGNALE A L'INFIRMERIE.
MERCİ DE FOURNİR LA PHOTOCOPIE DE L'ORDONNANCE.**

- **Inaptitude EPS ?** oui non

Si oui, toutes les dispenses doivent être établies sur le certificat médical académique, document disponible sur l'ENT et à l'infirmier

- **Votre enfant a-t-il un handicap ?** oui non

Si oui, lequel ?

Est-il reconnu par la Maison des Personnes Handicapées (MDPH)? oui non

Si oui, **merci de joindre une attestation de la MDPH.**

- **Votre enfant présente-t-il des difficultés dans les apprentissages (dyslexie...)?** oui non

Si oui lesquelles ?

- **Votre enfant fait-il l'objet ?**

D'un PAI (projet d'accueil individualisé) pour handicap, maladie chronique ? oui non

**En cas de réponse positive pour le PAI, vous êtes invités à prendre contact avec l'infirmière du lycée dès la rentrée.
Un PAI doit être remis à jour chaque année à la demande de la famille.**

D'un PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)? oui non

En cas de réponse positive pour le PAP, celui-ci doit être remis en mains propres au proviseur adjoint dès la rentrée.

D'un aménagement d'examen (tiers temps)? oui non

**En cas de réponse positive pour le PAI, vous êtes invités à prendre contact avec l'infirmière du lycée dès la rentrée.
Un PAI doit être remis à jour chaque année à la demande de la famille.**

- **Médecin traitant**

Nom: N° de téléphone :

Adresse:

Photocopie des vaccinations obligatoires à l'inscription