

FICHE INFIRMERIE : RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

(à retourner au lycée, dans une enveloppe fermée)

Doc . 2

NOM : **PRENOM :**

DATE DE NAISSANCE : **Lieu :**

N° sécurité sociale **de l'élève :** L L L L L L L L L L L L L L L L
A demander à votre caisse d'assurance maladie

CLASSE

RESPONSABLE PRINCIPAL : Père Mère Tuteur Autre

Nom : **Prénom :**

Téléphones :

Domicile : L L L L L L L L L L **Portable :** L L L L L L L L L L

Travail : L L L L L L L L L L

AUTRE RESPONSABLE Père Mère Tuteur Autre

Nom : **Prénom :**

Téléphones :

Domicile : L L L L L L L L L L **Portable :** L L L L L L L L L L

Travail L L L L L L L L L L

MEDECIN TRAITANT :

Nom : **Téléphone :**

Ville :



IMPORTANT : JOINDRE A CE DOSSIER

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) l'année passée ?

oui non

Pour les primo arrivants : Merci de fournir le PAI antérieur

Votre enfant est-il reconnu inapte à la pratique d'EPS pour l'année à venir ?

oui non

Si oui : Joindre un certificat médical (modèle recommandé par le CNOM[Conseil National de l'Ordre des Médecins]) de votre médecin traitant ou spécialiste

Votre enfant a-t-il un suivi par la MDPH (maison des droits et de l'autonomie du Morbihan) ?

oui Si oui : Joindre une photocopie du dernier PPS non

A-t-il bénéficié d'aménagements des conditions d'examen ?

oui Si oui/ Joindre une photocopie de l'accord non

○ **En cas de maladie chronique et/ou évolutive joindre**

- une ordonnance médicale précisant le traitement
- le protocole d'administration des soins
- le traitement (médicaments, ...)

RAPPELS :

- ✓ Tout médicament entrant au lycée doit être accompagné d'une ordonnance.
- ✓ Les élèves **internes** doivent **déposer leur(s) médicament(s) et leur(s) ordonnance(s) à l'infirmierie. Aucun interne ne peut disposer de médicament(s) à l'internat sans autorisation du service infirmier.**

En cas de problème, si la famille n'est pas joignable, il peut être fait appel aux services d'urgence (15) et dans ce cas le coût du transport pourra être à la charge de la famille.

Date :

Signature :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX
POUR
UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

Vaccins à jour oui non

JOINDRE PHOTOCOPIE p 66 ET 67 OU 92 ET 93 DU CARNET DE VACCINATIONS (DTP et ROR)

Indiquez ci-après si votre enfant présente, actuellement, des difficultés de santé nécessitant des conduites à tenir au sein de l'établissement.

ASTHME oui non

ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non

AUTRES

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION CHIRURGICALE, RÉÉDUCATION...) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

BENEFICIE T-IL D'UN SUIVI PARTICULIER (orthophoniste, psychologue, ...) ?

.....
.....

OBSERVATIONS :

.....
.....
.....