

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 :

| | | | | | | | | | | | | | |

CLASSE :

RESPONSABLE PRINCIPAL : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre

Nom : Prénom :

Téléphones :

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

Travail : L 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 L Portable : L L L L L L L L L L L L

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

MEDECIN TRAITANT :

Nom : Téléphone : Ville :

IMPORTANT : JOINDRE A CE DOSSIER

Votre enfant bénéficie-t-il d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) ?

☐ oui ☐ non *Si oui joindre la photocopie*

Votre enfant bénéficie-t-il d'un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) :

☐ oui ☐ non *Si oui joindre la photocopie*

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

☐ oui ☐ non *Si oui : Joindre une photocopie du dernier compte-rendu de l'ESS (Equipe de suivi de scolarisation) (GEVASCO)*

A-t-il bénéficié d'aménagements des conditions d'examen (DNB ou autre) ?

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

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

☐ oui ☐ non *Si oui : Joindre un certificat médical*

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

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

M. LE BRIS (Infirmier du lycée est directement joignable de 02.97.46.74.26)

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'infirmerie. 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....