

En cas de traitement médical, l'élève doit déposer obligatoirement son / ses médicament(s) à l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance médicale.

FICHE DE SANTE

Confidentielle, à l'usage de l'infirmière

PAI

PPS

Fait-il des allergies à certains médicaments ? Oui Non
Si oui, auxquels ?.....
.....

Votre enfant a-t-il eu un bilan orthophonique ? Oui Non
Si oui, date :
Pour quelles raisons ?
.....

A-t-il bénéficié d'une rééducation orthophonique ? Oui Non

Durant l'année écoulée, a-t-il été vu par :

- Un médecin pour les yeux : Oui Non
Si oui, date :
Porte-t-il des lunettes ou des lentilles : Oui Non
Si oui, pour quel trouble :.....

- Un médecin ORL : Oui Non
Si oui, pour quel trouble :.....
.....

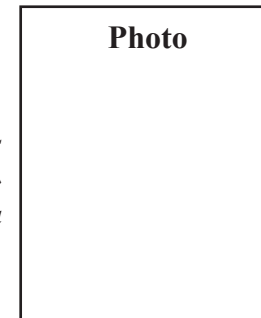
- Un autre spécialiste Oui Non
Si oui, lequel et pour quel problème :
.....
.....

Autres observations que vous souhaiteriez communiquer concernant sa santé ou son adaptation à l'école :
.....
.....



Fiche remplie le :.....

Les parents voudront bien placer cette fiche remplie sous enveloppe cachetée portant la mention « dossier médical » et la remettre avec le dossier d'inscription. Cette fiche sera conservée à l'infirmerie et soumise au secret professionnel.



ELEVE

Nom : Prénom :
Classe : externe demi-pensionnaire interne
Né(e) le..... à Nationalité.....
Adresse :
.....
Téléphone :..... Courriel :.....

Personnes à contacter en cas d'urgence :

- Nom, prénom du responsable légal 1 :
Profession :
Téléphone : Domicile :.....
 Travail..... Portable.....
Courriel :
Adresse :
.....
- Nom, prénom du responsable légal 2 :
Profession :
Téléphone : Domicile :.....
 Travail..... Portable.....
Courriel :
Adresse :
.....
- Autre personne à contacter : (Voisin, grands-parents...)
Nom :
Téléphone :.....

Autorisation de soins en cas d'urgence :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (après appel au 15) vers la structure la mieux adaptée. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de sa famille.

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame..... autori-
sons notre fils / fille à se rendre seul(e) en ville avec
l'accord de l'administration pour une visite chez le médecin, le dentiste, le kinésithérapeute,
un spécialiste.

A Le

Signatures Père Mère Tuteur

Renseignements administratifs

N° Sécurité Sociale :

Nom et adresse de votre caisse d'assurance maladie :

Numéro de l'assurance scolaire :

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance :

Nombres d'enfants et âge :

Dernier établissement scolaire fréquenté :

Vaccinations : JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS

Date du dernier rappel DT Polio :

Date et résultat du dernier test tuberculinique (Monotest ou IDR) :

Autres vaccinations conseillées : (dates du dernier rappel)

Hépatite B :

ROR :

Dispenses

Si votre enfant présente une inaptitude partielle ou totale à la pratique de l'Education Physique et Sportive ou au travail en atelier, il devra fournir un certificat médical qu'il remettra à l'infirmière dans les plus brefs délais.

Autorisation pour les élèves mineurs à travailler sur machines dangereuses

Pour travailler dans les ateliers du lycée, cette autorisation est obligatoire et elle est valable un an. C'est le médecin scolaire qui la délivre en début d'année scolaire après avoir examiné votre enfant.

Renseignements relatifs à la santé de l'élève

*Les parents sont invités, dans l'intérêt de l'enfant, à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous. **N'hésitez pas à contacter l'infirmière en cas de problème ou pour des questions particulières.***

Nom du médecin traitant : Tel :

Adresse :

A-t-il des problèmes de santé ? Oui Non

(Allergie, asthme, diabète, malaise, troubles cardiaques, troubles nerveux, convulsions, épilepsie, séquelle d'accident, santé psychologique.....)

Si oui, lesquels ?

A t-il un traitement régulier ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Dans ce cas, a-t-il besoin de prendre des médicaments au lycée ? Oui Non

Si oui, lesquels ?