



**FICHE INFIRMERIE NON CONFIDENTIELLE A REMPLIR PAR LES FAMILLES**

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant vos numéros de téléphone.

NOM de l'élève : ..... Prénom : ..... Classe : .....  
(en lettres capitales)

Né(e) le : ..... Sexe : F M (1)

N° S.S. : ..... Mutuelle:.....

Régime : demi-pensionnaire, externe, interne

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS			
	Père :	Mère :	Tuteur :
Nom :			
Adresse :			
☎ fixe :			
☎ portable :			
@ adresse mail :			
Profession			
☎ professionnel :			

Correspondant de l'élève en cas d'absence des parents : (nom, adresse, ☎ domicile ou professionnel)  
.....

Médecin traitant (nom, adresse, ☎) .....

Pour information : en cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un responsable légal.

## OBSERVATIONS PARTICULIERES

**ANTECEDENTS** (maladies aiguës, interventions chirurgicales, handicap) :

.....

**MALADIES CHRONIQUES** (diabète, épilepsie, allergies, asthme, affection cardiaque, hémophilie, spasmophilie, autres...)

.....

.....

Traitement suivi actuellement :

.....

Si l'élève a des allergies médicamenteuses, quels sont les médicaments en cause ?

.....

Prévenir en cours d'année le service médical du lycée s'il y a un traitement ou modification de traitement, hospitalisation ou intervention chirurgicale.

### **MEDICAMENTS**

L'infirmière garde en dépôt et administre les médicaments qui font l'objet d'une prescription médicale.

Si l'élève est atteint d'une maladie chronique, les médicaments d'urgence ou les traitements de longue durée sont déposés à l'infirmerie avec l'ordonnance du médecin.

Un projet d'accueil individualisé peut être nécessaire (P.A.I.). Le médecin prescripteur doit autoriser l'infirmière à administrer les médicaments d'urgence.

### **VACCINATIONS**

Date du dernier DT Polio ou Infanrix polio ou Tetravac ou Revaxis

.....

Date des deux vaccinations ROR

1.....

2.....

### **DESIREZ-VOUS UNE ENTREVUE AVEC L'INFIRMIERE ?**

OUI       NON

### **AVEZ-VOUS DES INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES ET TRES CONFIDENTIELLES A COMMUNIQUER A L'INFIRMIERE ?**

OUI       NON

Si oui, les faire parvenir sous pli cacheté à l'Infirmerie.

L'infirmière scolaire