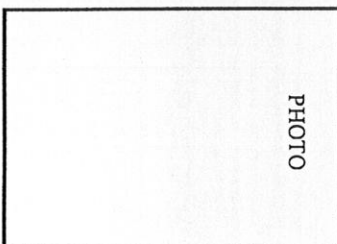


FICHE INFIRMIERIE
Strictement confidentielle à remettre à l'infirmière

Classe :

Droits de diffusion
 Image oui non
 Externe oui non
 Demi-pensionnaire oui non
 Interne : oui non
 Si oui 5/7 ou 7/7



IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM : Prénom : Né(e) le :

Adresse domicile :

Code postal : Ville :

Tél de l'élève :

Qualité : Externe Demi-pensionnaire Interne

Dernier établissement fréquenté et classe :

Vision : Lunettes Lentilles

Enfant : oui non Nombre :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Présente-t-il des difficultés de santé ? (maladie, allergie, contre-indication médicamenteuse, alimentaire, handicap, maladie psychologique, cardiaque, diabète)

Suit-il un traitement ? Si oui, lequel :

Votre enfant nécessite-il (elle) un PAI (projet d'accueil individualisé pour la prise en charge de sa santé au lycée). Oui Non

Date du dernier rappel DTP (Diphthérie, Tétanos, Polio) :

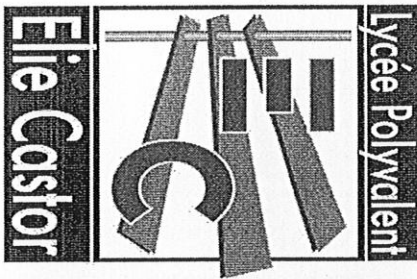
Dates des 2 vaccins de Rougeole :

Date du vaccin sur la Fièvre Jaune :

Nom du médecin traitant ou spécialiste et téléphone :

Dans l'intérêt de l'élève, avez-vous d'autres remarques à nous signaler ?

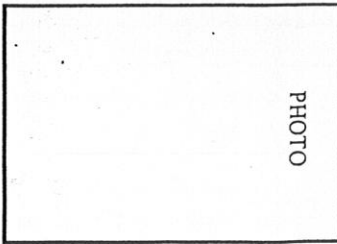
Signature du représentant légal :



FICHE INFIRMIERIE
Strictement confidentielle à remettre à l'infirmière

Classe :

Droits de diffusion
 Image oui non
 Externe oui non
 Demi-pensionnaire oui non
 Interne : oui non
 Si oui 5/7 ou 7/7



IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM : Prénom : Né(e) le :

Adresse domicile :

Code postal : Ville :

Tél de l'élève :

Qualité : Externe Demi-pensionnaire Interne

Dernier établissement fréquenté et classe :

Vision : Lunettes Lentilles

Enfant : oui non Nombre :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Présente-t-il des difficultés de santé ? (maladie, allergie, contre-indication médicamenteuse, alimentaire, handicap, maladie psychologique, cardiaque, diabète)

Suit-il un traitement ? Si oui, lequel :

Votre enfant nécessite-il (elle) un PAI (projet d'accueil individualisé pour la prise en charge de sa santé au lycée). Oui Non

Date du dernier rappel DTP (Diphthérie, Tétanos, Polio) :

Dates des 2 vaccins de Rougeole :

Date du vaccin sur la Fièvre Jaune :

Nom du médecin traitant ou spécialiste et téléphone :

Dans l'intérêt de l'élève, avez-vous d'autres remarques à nous signaler ?

Signature du représentant légal :

PROTOCOLE D'URGENCE
(En application du règlement en vigueur)

En cas d'urgence, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée.
 Dans tous les cas, les frais occasionnés seront à votre charge.
 N°SS:.....
 (Cette mention est destinée uniquement à faciliter les transports sanitaires de l'élève)

Personnes à prévenir en priorité :
 En cas d'absence, autre personne pouvant être prévenue :
 Nom : Prénom :
 Téléphones :

COORDONNÉES RESPONSABLES LÉGAUX

	Mère	Père	Responsable ou tuteur
NOM			
Prénom			
Adresse domicile			
Tél. domicile			
Tél. travail			
Tél. portable			
Adresse Mail			

Adresse mail du responsable sur Kourou.....
 Tél responsable sur Kourou :

SIGNATURES

Élève Mère Père Responsable ou tuteur

PROTOCOLE D'URGENCE
(En application du règlement en vigueur)

En cas d'urgence, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée.
 Dans tous les cas, les frais occasionnés seront à votre charge.
 N°SS:.....
 (Cette mention est destinée uniquement à faciliter les transports sanitaires de l'élève)

Personnes à prévenir en priorité :
 En cas d'absence, autre personne pouvant être prévenue :
 Nom : Prénom :
 Téléphones :

COORDONNÉES RESPONSABLES LÉGAUX

	Mère	Père	Responsable ou tuteur
NOM			
Prénom			
Adresse domicile			
Tél. domicile			
Tél. travail			
Tél. portable			
Adresse Mail			

Adresse mail du responsable sur Kourou.....
 Tél responsable sur Kourou :

SIGNATURES

Élève Mère Père Responsable ou tuteur