

**FICHE D'INFIRMERIE 2023-2024**

Ces renseignements peuvent être adressés à l'infirmerie sous pli confidentiel ou lui être remis directement.

|   |                                   |                   |
|---|-----------------------------------|-------------------|
| Classe : .....  | NOM : .....                       | PHOTO<br>A COLLER |
| Interne – Demi-pensionnaire – Externe (1)                   | Prénom : .....                    |                   |
| Classe et établissement fréquentés l'année dernière : ..... | Date et lieu de naissance : ..... |                   |
| .....   | .....                             |                   |

adresse de l'élève : .....

N° de portable de l'élève : .....

**FICHE SOCIALE**

**Parents** : mariés – union libre – divorcés – séparés – veuf(ve) – célibataire – remariés (1)

**Représentant légal 1** : Nom Prénom : .....

adresse : ..... Tél personnel : .....

profession..... Tél travail : .....

Tél portable : .....

**Représentant légal 2** : Nom Prénom : .....

adresse ..... Tél personnel : .....

Profession : ..... Tél travail : .....

autre n° de téléphone à joindre en cas de nécessité : ..... Tél portable : .....

grands-parents : ..... voisins : ..... Tél : .....

ou autres Tél en cas d'urgence (préciser qui) : .....

**ELEVES INTERNES**

Je soussigné ..... père – mère ou tuteur (1)  
 autorise mon enfant : ..... à se rendre seul (sauf cas grave) chez le médecin, spécialiste dentiste etc.  
 chaque fois que le cas sera jugé nécessaire par l'infirmière du lycée.

A ..... le  
 Signature

La consultation et les frais pharmaceutiques sont à la charge des familles.

(1) Rayer les mentions inutiles.

## **FICHE MEDICALE 2023-2024**

1) Antécédents médicaux (1) S'il y a lieu, précisez les dates.

Diabète, asthme, cardiopathies, épilepsie, hémophilie, incontinence, accidents graves, interventions chirurgicales, handicap visuel ou auditif, autres maladies importantes à signaler .....

2) Réactions allergiques (1)

médicamenteuses, saisonnières, alimentaires, autres : préciser la cause de l'allergie.

3) Aménagements scolaires l'année précédente (1) : PAI, PAP, PPS    oui     non

Si oui fournir une photocopie.

4) Traitement (1)    oui     non

Si oui lequel : .....

Si l'élève est asthmatique et a sur lui un traitement en spray, en cas de crise, joindre à la présente fiche une photocopie de l'ordonnance ou un certificat médical.

Tout autre médicament à prendre pendant les heures de présence dans le lycée devra faire l'objet d'une ordonnance qui sera remise à l'infirmière. Celle-ci aura la garde des médicaments et sera chargée de leur administration.

5) Vaccinations recommandées : **agrafer la photocopie du carnet de santé (certificat de vaccinations) à la fiche d'infirmierie ci-jointe. Merci**

Date du dernier rappel DT Polio : .....

Autres vaccinations (dates) : BCG .....  
ROR, .....  
Papillomavirus .....

6) Recommandations que vous souhaitez nous communiquer :

**IMPORTANT** Merci de compléter également la fiche d'urgence non confidentielle ci-jointe qui sera transmise à l'établissement de soin en cas d'hospitalisation.

NB : Les accidents scolaires, pouvant entraîner des frais à votre charge, devront être déclarés au plus tôt à votre assurance scolaire.

(1) *Rayer les mentions inutiles*

**Infirmierie** : affaire suivie par Mme HERIN Christine  
Tél : 05.63.48.19.06  
Mèl : 0810006s@ac-toulouse.fr