

FICHE INFIRMERIE

Service de promotion de la santé en faveur des élèves
Mél : infirmierepalissy@yahoo.fr

N° infirmerie du lycée : 05.53.77.46.62 / 06.16.93.45.33

CES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS SONT A FOURNIR AVEC LA PLUS GRANDE PRECISION.

NOM Prénom

Né(e) le/...../..... à

Nationalité : Régime : EXT. D.P. INT INT.HEB.

Nombre de frères et sœurs :

Etablissement précédemment fréquenté (nom et adresse) :

Adresse complète de l'élève :

Téléphone du domicile :

Assurance scolaire ou responsabilité civile :

Pour ce qui concerne le fonctionnement de l'infirmerie, il vous est indispensable de lire attentivement le règlement intérieur (disponible sur le site du lycée).

Les médicaments que prennent les élèves ainsi que l'ordonnance doivent être déposés à l'infirmerie impérativement.

VACCINATIONS

Joindre comme justificatif la photocopie du carnet de santé (pages des vaccins) impérativement.

Les vaccinations étant vérifiées chaque année, il vous appartient de mettre à jour celles-ci pour la rentrée scolaire.

Pour l'admission, les vaccinations antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique sont obligatoires.

Vaccinations conseillées : Rougeole, Oreillons et Rubéole.

RENSEIGNEMENTS

A cocher s'il y a lieu :

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Spasmophilie | <input type="checkbox"/> Hémophilie |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladies hépatiques | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Maladies rénales | |

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie spécifique :

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> allergie(s) | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> intolérance médicamenteuse | Laquelle : |
| <input type="checkbox"/> intolérance alimentaire | Laquelle : |
| <input type="checkbox"/> d'un handicap | Lequel : |
| <input type="checkbox"/> d'un trouble de la vue | Lequel : |
| <input type="checkbox"/> d'un trouble de l'audition | Autre : |

Suit-il un traitement ? Lequel ? (Joindre l'ordonnance ou l'ordonnance de protocole de soins d'urgence, signée par le médecin, dans le cas où la santé de votre enfant la nécessiterait).

A-t-il subi des interventions chirurgicales ? Lesquelles (précisez la date) :

Notamment appendicectomie : OUI (date :/...../.....) NON

Suit-il un régime alimentaire spécifique ? Lequel ? (Joindre l'ordonnance)

L'enfant a-t-il un suivi spécifique (REPOP, RESEDA, Maison des adolescents, orthophonie...)

Nom et adresse de votre médecin traitant et numéro de téléphone :

Signature du responsable légal :