

# FICHE INFIRMERIE (confidentielle)

**Nous vous remercions de bien vouloir remplir complètement ce document et,  
si vous le souhaitez de le placer sous enveloppe.**



**ELEVE :**

Nom : ..... Prénom : ..... Classe : .....

N° Sécurité Sociale DE L'ELEVE : .....

A demander à votre caisse d'assurance maladie

Régime :  DP  EXTERNE  INTERNE


Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

 Portable : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Nom et prénom du médecin traitant :** .....

Adresse : .....

 : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Etablissement fréquenté l'année précédente :** .....

Votre enfant bénéficie-t-il ou a-t-il bénéficié d'un aménagement particulier au cours de sa scolarité ?

Veuillez préciser ce qui était mis en place l'an dernier et en fournir une copie :

PAP  PAI  PPS  SUIVI MDPH (Compte-rendu des ESS)

Si l'élève présente une **maladie chronique**, un **Projet d'Accueil Individualisé** doit être mis en place.

Le PAI permet d'assurer la surveillance et les traitements nécessaires à l'élève pendant le temps scolaire.

Merci de vous adresser, dès que possible, à l'infirmerie du lycée.

Port de lunettes :  OUI  NON

Port de lentilles de contact :  OUI  NON

Port de prothèse auditive :  OUI  NON

✓ Interventions chirurgicales (préciser les dates) : .....  
.....  
.....

# FICHE INFIRMERIE (confidentielle)

---

- ✓ Asthme: Date d'apparition: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Traitement en cours: .....
- ✓ Diabète: Date d'apparition: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Traitement en cours: .....
- ✓ Problèmes cardio-vasculaires: Date d'apparition: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Traitement en cours: .....
- ✓ Épilepsie: Date d'apparition : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
Traitement en cours: .....
- ✓ Allergies
- Médicamenteuse : .....  
Protocole d'urgence : .....  
Traitement en cours : .....
  - Alimentaire : .....  
Protocole d'urgence : .....  
Traitement en cours : .....
- ✓ Autres maladies : .....  
Dates : .....  
Traitement en cours : .....
- 

## Vaccinations pour les nouveaux élèves uniquement

Joindre obligatoirement la photocopie des vaccinations suivantes:

- ☞ DTPOLIO (rappel tous les 5ans)
- ☞ BCG
- ☞ ROR

**S'il existe une contre-indication vaccinale : fournir un certificat médical.**

---

## Traitements prescrits

Tout traitement médical nécessaire à l'élève pendant le temps scolaire doit :

- ☞ Être déposé à l'INFIRMERIE.
  - ☞ Être accompagné d'une ordonnance.
- 

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital **seulement accompagné de sa famille.**

Fait à : .....

Le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature(s) :