Lycée Saint-John Perse - Pau

Fiche Infirmerie

A remplir recto et verso ➔ ➔ ➔

➔ **Si des renseignements relèvent de la confidentialité, glisser cette feuille dans une enveloppe libellée « Confidentiel Infirmerie »**

Nom de l'élève ……

Prénom ……

Date et lieu de naissance …… Nationalité ……

Classe …… ❑ Externe ❑ Demi-pensionnaire ❑ Interne ❑ Prytanée sportif - Sport ……

Tél . portable de l'élève ……

AUCUN ELEVE MALADE N'A LE DROIT DE QUITTER LE LYCEE SANS L'AUTORISATION DE L'INFIRMIERE

Parents : ❑ Mariés ❑ Séparés ❑ Divorcés ❑ Veuf (veuve) ❑ Vie maritale ❑ Parent seul

Père	**Mère**
Nom Prénom ……	Nom Prénom ……
Adresse ……	Adresse ……
……	……
Profession ……	Profession ……
Tél. bureau ……	Tél. bureau ……
Tél. domicile ……	Tél. domicile ……
Tél. portable ……	Tél. portable ……

Nom, prénom et lien avec l'élève, ainsi que numéros de téléphone des personnes autorisées à venir chercher mon fils - ma fille – à l'Infirmerie en cas d'absence des parents. Une pièce d'identité sera exigée.

1. ……
2. ……
3. ……

Signature des parents

Dernier établissement fréquenté : ……

Dernière classe suivie – préciser la section : ……

Nombre de frères : …… Ages ……

Nombre de sœurs : …… Ages ……

Médecin traitant : Nom …… Tél. ……

Activités – Loisirs :

TSVP ➔ ➔ ➔

Enseignement secondaire – Enseignement supérieur
2 Rue Jules Ferry – BP 581 – 64012 – PAU cedex Téléphone : 05.59.62.73.11 Télécopie : 05.59.32.26.80 Adresse électronique : ce.0641732k@ac-bordeaux.fr

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

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Madame et / ou Monsieur .....

autorisons l'anesthésie de notre fils – fille .....

au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il / elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à ..... le .....

Signature

Vaccinations obligatoires (code de la santé publique Art. L 6 – L 7 – L 7 – 1)

Joindre la PHOTOCOPIE des pages Vaccinations du Carnet de Santé , SVP

Date BCG : 1er ..... 2ème ..... Rougeole - Oreillons – Rubéole : .....

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite : dernier rappel le .....

Actuellement l'élève est suivi pour :

❑ Allergie : préciser laquelle	❑ Diabète
❑ Asthme : degré de gravité , traitement de fond ?	❑ Cardiopathie
❑ Epilepsie	❑ Problèmes de vision
❑ Spasmophilie	❑ Perte d'acuité auditive
❑ Dyslexie/Dysorthographie/Dyscalculie/Dysgraphie/ Dyspraxie	❑ Autre

- ***Aménagements Handicap / Maladie*** *❑ Dossier MDPH* *❑ PAI - PAP* *❑ Aménagements examens*

- **Apporter tous les Justificatifs à l'Infirmerie début Septembre : accord du Rectorat pour les aménagements d'examens , certificats médicaux , bilan d'orthophonie , etc …**

- **En cas de traitement, bien vouloir déposer les produits à l'infirmerie, accompagnés de l'ordonnance et d'une autorisation parentale permettant la délivrance des produits par l'infirmière.**

Interventions chirurgicales et dates : .....

.....

.....

Merci de signaler à l'Infirmerie tout changement d'adresse, de numéro de téléphone, et tout nouveau problème médical survenu en cours d'année scolaire.

Education physique et sportive **:** **apte** **inaptitude partielle** **inaptitude totale**