



Lycée Saint-John Perse - Pau

Fiche Infirmierie

A remplir recto et verso



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

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

<u>Père</u>	<u>Mère</u>
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'Infirmierie 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 ➔ ➔ ➔

**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 :

Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite : dernier rappel le

Actuellement l'élève est suivi pour :

<input type="checkbox"/> Allergie : préciser laquelle	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Asthme : degré de gravité , traitement de fond ?	<input type="checkbox"/> Cardiopathie
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Problèmes de vision
<input type="checkbox"/> Spasmophilie	<input type="checkbox"/> Perte d'acuité auditive
<input type="checkbox"/> Dyslexie/Dysorthographe/Dyscalculie/Dysgraphie/ Dyspraxie	<input type="checkbox"/> Autre

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

• **Apporter tous les Justificatifs à l'Infirmier 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'infirmier, 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'Infirmier 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**