

**Il est indispensable de bien remplir et de rendre cette fiche infirmerie
afin que des soins adaptés soient dispensés à chacun**

LYCEE PROFESSIONNEL
« Arthur Rimbaud »
319, rue Aristide Briand
60170 Ribécourt - Dreslincourt
☎ 03 44 75 78 00
📠 03 44 75 78 01

CLASSE :

FICHE INFIRMERIE 2024-2025

NOM : Prénoms :

Numéro de sécurité sociale Elève :

Numéro de sécurité sociale Parents :

NOM DU MEDECIN TRAITANT: Ville :

NOM, et adresse du SERVICE HOSPITALIER souhaité :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

➔ *Si vous souhaitez que ces renseignements restent confidentiels, placez cette feuille dans une enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière ou du médecin scolaire.*

Quels problèmes de santé votre enfant a-t-il rencontrés depuis sa naissance (*maladies, traitement, handicap, troubles des apprentissages...*) ?

Votre enfant est allergique oui non
Veuillez préciser à quoi :

Votre enfant est asthmatique oui non
Veuillez préciser son traitement :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? oui non
Si oui, pourquoi ?

Votre enfant a subi des interventions chirurgicales ? oui non
Si oui, lesquelles ?

Votre enfant a-t-il eu un suivi en orthophonie ? oui non
Si oui, pour quel motif :

Par un psychologue ? oui non
Si oui, pour quel motif :

Votre enfant a-t-il un dossier à la M.D.P.H. oui un PAP oui un PAI oui
Si oui, pour quel motif :

➔ Tournez SVP : à remplir impérativement.

NOM : Prénom : Classe :

VACCINATIONS

Assurez-vous que votre enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires

➔ Fournir obligatoirement une photocopie du certificat de vaccination du DT POLIO.

En cas d'empêchement majeur de votre part, noms des personnes autorisées à venir prendre en charge votre enfant :

NOM et Prénom :

Lien de parenté :

NOM et Prénom :

Lien de parenté :

N° de téléphone :

N° de téléphone :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté, par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le plus proche.
La famille est immédiatement avertie par nos soins.

**UN ELEVE MINEUR NE PEUT SORTIR DE L'HOPITAL
QU'ACCOMPAGNE DE SA FAMILLE.**

Pour les élèves internes :

En cas d'évacuation d'urgence, l'élève devra obligatoirement être pris en charge par sa famille à sa sortie des urgences.

L'élève ne pourra réintégrer l'internat pendant la nuit.

AUTORISATION DE TRAITEMENT

Je soussigné, agissant en qualité de REPRESENTANT LEGAL de l'élève (nom, prénom) : déclare :

1 - Autoriser le Chef d'Etablissement à prendre en cas de maladie ou d'accident toutes les mesures d'urgences nécessitées par son état de santé.

2 - Autoriser mon enfant à se rendre seul en ville pour des raisons médicales, lorsque les nécessités l'exigent et après décision du Médecin ou de l'Infirmière.

3 - M'engager à assumer les frais s'il faut faire appel aux services d'une ambulance.

4 - Observations particulières :

A

le,

Signature du REPRESENTANT LEGAL obligatoire.