

**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

### **2023-2024**

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.