

## FICHE INFIRMERIE

☎ : 05.53.77.46.50

☎ : 05.53.66.30.97

Mél : Ce.0470001w@ac-bordeaux.ff

Service de promotion de la santé en faveur des élèves

N° infirmerie du lycée : 05.53.77.46.62 / 06.16.93.45.33

Mél : infirmierepalissy@yahoo.fr

**CES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS SONT A FOURNIR AVEC LA PLUS GRANDE PRECISION.**

NOM Prénom

Né(e) le ...../...../..... à

Nationalité : Régime : EXT.  D.P.  INT  INT.HEB.

Nombre de frères et sœurs :

Etablissement précédemment fréquenté (nom et adresse) :

Adresse complète de l'élève :

Téléphone du domicile :

Assurance scolaire ou responsabilité civile :

Pour ce qui concerne le fonctionnement de l'infirmerie, il vous est indispensable de lire attentivement le règlement intérieur (disponible sur le site du lycée).

**Les médicaments que prennent les élèves ainsi que l'ordonnance doivent être déposés à l'infirmerie impérativement.**

### VACCINATIONS

**Joindre comme justificatif la photocopie du carnet de santé (pages des vaccins) impérativement.**

Les vaccinations étant vérifiées chaque année, il vous appartient de mettre à jour celles-ci pour la rentrée scolaire.

Pour l'admission, les vaccinations antidiphthérique, antitétanique et antipoliomyélitique sont obligatoires.

Vaccinations conseillées : Rougeole, Oreillons et Rubéole.

### RENSEIGNEMENTS

A cocher s'il y a lieu :

- |                                    |                                    |  |   |                                     |
|------------------------------------|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rougeole  | <input type="checkbox"/> Asthme    | <input type="checkbox"/> Rhumatismes         | <input type="checkbox"/> Spasmophilie     | <input type="checkbox"/> Hémophilie |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Diabète   | <input type="checkbox"/> Maladies hépatiques | <input type="checkbox"/> Coqueluche       | <input type="checkbox"/> Rubéole    |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Maladies rénales |                                     |

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie spécifique :

- |   |                  |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> allergie(s)                        | Précisez : ..... |
| <input type="checkbox"/> intolérance médicamenteuse         | Laquelle : ..... |
| <input type="checkbox"/> intolérance alimentaire            | Laquelle : ..... |
| <input type="checkbox"/> d'un handicap                      | Lequel : .....   |
| <input type="checkbox"/> d'un trouble de la vue             | Lequel : .....   |
| <input type="checkbox"/> d'un trouble de l'audition Autre : | .....            |

Suit-il un traitement ? Lequel ? (Joindre l'ordonnance ou l'ordonnance de protocole de soins d'urgence, signée par le médecin, dans le cas où la santé de votre enfant la nécessiterait).

A-t-il subi des interventions chirurgicales ? Lesquelles (précisez la date) :

Notamment appendicectomie : OUI  (date : ...../...../.....) NON

Suit-il un régime alimentaire spécifique ? Lequel ? (Joindre l'ordonnance)

L'enfant a-t-il un suivi spécifique (REPOP, RESEDA, Maison des adolescents, orthophonie...)

Nom et adresse de votre médecin traitant et numéro de téléphone :

Signature du responsable légal :