

FICHE D'URGENCE

Etudiant : Nom: Prénoms :

Date de naissance : Numéro de téléphone étudiant

Nom et prénom du représentant légal :

Numéro et adresse du centre de sécurité sociale :

Numéro du contrat et adresse de l'assurance scolaire :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant le plus d'informations possible :

Nom, prénom et adresse du responsable légal 1

Nom, prénom et adresse du responsable légal 2

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Tél. domicile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. domicile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. portable :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. portable :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. lieu de travail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. lieu de travail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Profession :

Profession :

Nom, qualité et numéro de téléphone des personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :

.....

Nom, qualité et numéro de téléphone des personnes autorisées à prendre en charge votre enfant si vous êtes dans l'impossibilité de le faire :

.....

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

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

Observations particulières (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, etc...)

.....

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

.....

Fait à, le

Signature des parents :

L'infirmière est habilitée à donner un traitement sur prescription médicale ou protocole de soins. Autorisez-vous l'infirmière à donner des médicaments à votre enfant si besoinoui Non (entourez votre choix)

Signature (indiquez votre nom et prénom)

date

FICHE INFIRMERIE

Service de promotion de la santé en faveur des étudiants
Mél : infirmierepalissy@yahoo.fr

N° infirmerie du lycée : 05.53.77.46.62 / 06.16.93.45.33

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'étudiant :

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 antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique sont obligatoires.

Vaccinations conseillées : Rougeole, Oreillons et Rubéole.

RENSEIGNEMENTS

A cocher s'il y a lieu :

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| ☐ Rougeole | ☐ Asthme | ☐ Rhumatismes | ☐ Spasmophilie | ☐ Hémophilie |
| ☐ Varicelle | ☐ Diabète | ☐ Maladies hépatiques | ☐ Coqueluche | ☐ Rubéole |
| ☐ Oreillons | ☐ Epilepsie | ☐ Maladies cardiaques | ☐ Maladies rénales | |

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

- | | |
|---|------------------|
| ☐ allergie(s) | Précisez : |
| ☐ intolérance médicamenteuse | Laquelle : |
| ☐ intolérance alimentaire | Laquelle : |
| ☐ d'un handicap | Lequel : |
| ☐ d'un trouble de la vue | Lequel : |
| ☐ 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 de l'étudiant :

Signature du responsable légal :