

Lycée Bernard Palissy
164, boulevard de la liberté
47000 AGEN
☎ **05.53.77.46.50**
☎ **05.53.66.30.97**
Mél : **Ce.0470001w@ac-bordeaux.fr**



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

FICHE INFIRMERIE
(Fiche confidentielle)

Ces renseignements confidentiels sont à fournir avec la plus grande précision.

NOM

Prénom

Photographie

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'infirmier, 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'infirmier impérativement.

VACCINATIONS

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 antipoliomyélique sont obligatoires.

Vaccinations conseillées : Rougeole, Oreillons et Rubéole.

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

Vous pouvez compléter ce tableau :

	DT polio	R.O.R.	B.C.G.
date 1ère injection			
date 2ème injection			
date 3ème injection			
Dernier rappel			

RENSEIGNEMENTS

A cocher s'il y a lieu :

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

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 du responsable légal :