

**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 portable de l'étudiant : .....

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 antipoliomyélitique 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 lycéens, orthophonie...)

.....

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

.....

.....

Signature du responsable légal :