



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS

Année scolaire 2023 - 2024

Identité de l'élève

NOM : **Prénom:**
Date et lieu de naissance:/...../..... à

Dernier établissement fréquenté:

Scolarité rentrée 2023-2024:

Classe à la rentrée de Septembre 2023 :

Externe

Demi-pensionnaire

Interne

RESPONSABLE LÉGAL

NOM :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone portable :
Téléphone fixe :
Téléphone travail :

RESPONSABLE LÉGAL

NOM :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Téléphone portable :
Téléphone fixe :
Téléphone travail :

PERSONNES A PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE

NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Téléphone :	Téléphone :

Problèmes de santé connus

- asthmatique** : traitement:.....
- allergique** : à quoi ?.....
Traitement :
- ..
- diabétique** : traitement :
- épileptique** : traitement:
- autre maladie**.....

Hospitalisations et/ou interventions chirurgicales antérieures:

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

Aménagements de scolarité

- L'élève bénéficie :
- d'un **P.A.I** = Projet d'Accueil Individualisé (santé)
Pour quels troubles ?
 - d'un **P.A.P** = Plan d'accompagnement personnalisé (trouble apprentissage)
Pour quels troubles ?
 - d'un **P.P.S** = Projet Personnalisé de Scolarisation (reconnaissance handicap)
Pour quels troubles ?
 - d'un **GEVA-Sco** = Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation.....

Documents à joindre

- une photocopie de chaque bilan déjà effectués (orthophonie, psychomoteur, neuro-visuel, psychométrique, etc..)

- une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de votre enfant.

Informations complémentaires

Médecin traitant : NOM :
 Adresse :
 Téléphone :

Date dernier vaccin anti-tétanique :
(Cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Antécédents
familiaux :

Composition de la famille

Frères, Sœurs		Date de naissances
NOM	Prénom	

En situation d'urgence,

L'élève est orienté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté **sans accompagnement** par un personnel du lycée. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de l'un de ses Parents ou de son Représentant légal.

Je déclare avoir pris connaissance des informations portées sur le présent document.

Date et signatures de(s) représentant(s) légal(aux) :

A....., Le.....

Signatures