



FICHE DE RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS

Année scolaire 2024 – 2025

(Si vous souhaitez garder ces informations confidentielles, merci de nous retourner ce document sous enveloppe à l'intention du personnel infirmier)

Identité de l'élève

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

Dernier établissement fréquenté:

Numéro de sécurité sociale (carte et numéro personnel dès 16 ans):

Scolarité rentrée 2024-2025:

Classe à la rentrée de Septembre 2024 :

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	Aménagements de scolarité
<input type="checkbox"/> asthmatique : traitement:..... <input type="checkbox"/> allergique : à quoi ?..... Traitement : <input type="checkbox"/> diabétique : traitement : <input type="checkbox"/> épileptique : traitement: <input type="checkbox"/> autre maladie <u>Hospitalisations et/ou interventions chirurgicales antérieures:</u> <u>Evenements significatifs personnels récents :</u>	- L'élève bénéficie : <input type="checkbox"/> d'un P.A.I = Projet d'Accueil Individualisé (santé) Pour quels troubles ? <input type="checkbox"/> d'un P.A.P = Plan d'accompagnement personnalisé (trouble apprentissage) Pour quels troubles ? <input type="checkbox"/> d'un P.P.S = Projet Personnalisé de Scolarisation (reconnaissance handicap) Pour quels troubles ? <input type="checkbox"/> d'un P.P.R.E = Programme Personnalisé de Réussite Éducative (difficultés scolaires sans aménagements nommés ci-dessus).....

Documents à joindre et informations

- 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 est requise pour tous les élèves arrivant dans l'établissement et pour ceux déjà présents si elle n'a pas été fournie l'an passé ou en cas de nouveaux vaccins.

- Le dossier informatique LIEN (logiciel infirmier de l'Education Nationale) et la gestion des informations médicales sont soumises aux réglementations du code de la santé publique, de l'Education Nationale et au secret professionnel infirmier.

Informations complémentaires

Médecin traitant : NOM :
Adresse :
Téléphone :

Suivi(s) spécialiste(s) :

Psychologique :
 Orthophonique : Psychomoteur :
 Orthoptique : Ophtalmologique :
 Educateur : Autre :

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

Antécédents
familiaux :

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 signature(s) de(s) représentant(s) légal(aux) :

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

Signature(s)