

FICHE INFIRMERIE CONFIDENTIELLE

Destinée aux infirmières de l'Éducation Nationale de l'établissement

ÉLÈVE

Classe :

Nom Prénom :

Adresse principale :

.....

N° Sécurité Sociale :

RESPONSABLE LÉGAL 1

RESPONSABLE LÉGAL 2

Qualité/ Nom Prénom :Qualité/ Nom Prénom :

Profession :Profession.....

Tel domicile :Tel

domicile :Portable :Portable.....

.....

Travail :Travail :

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT (Nom, Prénom, adresse)

.....

SANTÉ

* L'élève est-il atteint d'une pathologie nécessitant la mise en place d'un PAI (Plan d'Accompagnement Personnalisé) ? OUI NON

Si OUI, précisez la pathologie :

Pour les nouveaux élèves, **merci de bien vouloir fournir une photocopie du PAI déjà en place l'année précédente.**

Il appartient aux familles de faire la demande de reconduction de ce dispositif. Elles sont donc invitées à prendre contact avec les infirmières. Sans PAI complété et signé par un médecin, aucun traitement ne sera administré.

* L'élève a-t-il des allergies :

Alimentaires : OUI NON Si oui, lesquelles.....

Médicamenteuses : OUI NON Si oui, lesquelles.....

Autres : OUI NON Si oui, lesquelles.....

* L'élève prend-il des médicaments ? OUI NON Si oui, lesquels.....

.....

Merci de nous fournir obligatoirement une photocopie de l'ordonnance en cours, ainsi que les traitements, dès le jour de la rentrée s'il doit les prendre sur le temps scolaire.

* Votre enfant est-il suivi par un pédopsychiatre/ psychiatre/ psychologue/ structure d'aide ? Si oui, précisez

.....

En cas d'urgence, le 15 sera contacté et l'élève accidenté ou malade sera orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital. La famille sera immédiatement avertie par nos soins.

PEDAGOGIE

- * L'élève a-t-il des particularités :
- | | | |
|--|-----|-----|
| * Troubles « dys » | OUI | NON |
| * EIP (élève intellectuellement précoce) | OUI | NON |
| * TDAH (trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) | OUI | NON |
| * Autre : | | |

* Est-il suivi par :

Un(e) orthophoniste ? Si oui, précisez le nom du thérapeute.....

Un(e) psychomotricien(ne) ? Si oui, précisez le nom du thérapeute.....

Autre ? Si oui, précisez

* L'élève a-t-il bénéficié d'aménagement pédagogiques l'année précédente ?

PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) OUI NON

PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) OUI NON

Aménagements d'épreuves aux examens OUI NON

Autres renseignements :

.....

Dernier établissement fréquenté :

En cas de besoin, vous avez la possibilité de prendre RDV avec les infirmières à l'adresse mail suivante :

infirmierie.0610021s@ac-normandie.fr

RAPPEL DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR : LA POSSESSION DE MEDICAMENTS PAR UN ELEVE EST INTERDITE AU LYCÉE

Le stockage des médicaments et la prise se feront à l'infirmierie. Les élèves ne sont pas autorisés à transporter des médicaments sauf autorisation validée par les infirmières de l'établissement.

Signatures des responsables légaux :

Fiche complétée à remettre sous enveloppe fermée avec mention « Infirmierie » ou par mail à l'adresse ci-dessus.

Joindre impérativement une photocopie des vaccinations obligatoires à jour (Diphtérie/ Tétanos/ Poliomyélite) ou un certificat médical de contre- indication (Code de la Santé publique).