



# FICHE INFIRMERIE

## ELEVE/ETUDIANT(E)

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
 Né(e) le : ..... Niveau (**Année N+1**) : 2<sup>nde</sup> 1<sup>ère</sup> Term BTS (entourer votre réponse)  
 Régime : Externe - DP - Interne N° Portable de l'élève : .....

## PARENTS ou TUTEUR

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....  
 Adresse : .....  
 (Rue, code postal, commune)  
 Tel Domicile : .....  
 N° Portable du Père : ..... N° Portable de la Mère : .....  
 N° de Sécurité Sociale du responsable légal de l'élève : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
 N° de Sécurité Sociale de l'élève : |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
 Nom de votre mutuelle : .....

## Si nous n'arrivons pas à vous contacter : INFORMATION OBLIGATOIRE

Merci d'indiquer les noms et n° de téléphone de deux personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :  
 NOM : ..... Tel : .....  
 NOM : ..... Tel : .....

NOM DU MEDECIN DE FAMILLE : ..... Tel du Médecin : .....

**Vaccinations** : Date du dernier rappel antitétanique : .....

Date des 2 injections du vaccin **contre la rougeole** : ..... / .....

## SITUATION MÉDICALE

- Allergies** (médicamenteuses, alimentaires.....) : **laquelle** et traitement .....
- Asthme** : traitement .....
- Diabète** : traitement .....
- Convulsions, Épilepsie** : traitement.....
- Spasmophilie** : traitement .....
- Malaise vagal** : traitement .....
- Autres.....

Antécédents chirurgicaux récents et /ou intervention programmée (merci de préciser la date) :  
 .....

Dans certains cas particuliers, les médicaments ou trousse de secours (si allergie par exemple) doivent être déposés à l'infirmerie avec une ordonnance ou un protocole d'urgence.

En cas de maladie, de situation d'handicap ou de troubles des apprentissages, votre enfant bénéficie-t-il de :

- Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** Pourquoi ?.....
- Plan d'Aménagement Personnalisé (PAP)** Pourquoi ?.....
- Projet Personnalisé de scolarisation (PPS)** Pourquoi ?.....
- Notification MDPH.** Pourquoi ?.....
- Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS).** Pourquoi ?.....
- Protocole d'urgence.** Pourquoi ?.....
- Dispense totale ou partielle en EPS.** Pourquoi ?.....
- Autre .....

**Si vous avez coché l'une de ces cases, merci de déposer le document sur Ecole Directe (PAI, PPS, PAP, Notification MDPH, Dispense EPS ...)**



Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un aménagement aux épreuves d'examens : le DNB, les épreuves anticipées du baccalauréat ou le baccalauréat ? Oui  Non

**SI OUI, merci de fournir une photocopie de l'avis de la DEXACO (Division des Examens et Concours) ou du Rectorat.** Ceci est important pour poursuivre ou mettre en place les aménagements au plus tôt. Les situations seront étudiées par le médecin scolaire à la rentrée.

### AUTORISATION D'INTERVENTION D'URGENCE

Madame – Monsieur (NOM et Prénom) : .....

Responsable légal de (NOM et Prénom de l'élève) : .....

**Autorise (autorisons) le Lycée, en cas d'accident ou de maladie grave, à faire appel à un médecin, ou à prendre les dispositions pour une hospitalisation ou pour une intervention chirurgicale.** En cas d'impossibilité de me (nous) joindre par téléphone, ou si le temps presse, je dégage (nous dégageons) entièrement la responsabilité du chef d'établissement qui sera amené à prendre à ma (notre) place les décisions nécessaires.

Fait à : ..... Le : .....

Signatures des parents ou tuteurs  
Précédées de la mention  
« Lu et Approuvé » :

Signature de l'élève majeur, précédée de la  
mention « Lu et Approuvé »

#### Document non confidentiel

*Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.*

*Elles sont susceptibles d'être transmises :*

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin, aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés, et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)

*Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.*

*Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.*

Si vous souhaitez transmettre des informations **confidentielles** concernant la santé de votre enfant et afin de permettre à l'infirmier(e), d'adapter rapidement et au mieux les soins en cas d'urgence, merci de lui fournir ces renseignements sous enveloppe cachetée :

**Infirmierie - Lycée Saint Sauveur Redon – 16 Place Saint Sauveur – 35600 REDON**  
**Tel : 02 99 71 27 44 - Mail : infirmerie@lycee-saint-sauveur-redon.eu**