

## RENSEIGNEMENTS DESTINÉS À L'INFIRMERIE

**Important** : Les documents confidentiels seront mis sous enveloppe avec le nom de votre enfant et la mention « **confidentiel** » à l'attention de l'infirmière.

**Nom** : \_\_\_\_\_ **Prénom** : \_\_\_\_\_ **Classe** : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Régime : Demi-pensionnaire  Externe  Interne

N° Tél Portable élève : \_\_\_\_\_

### Nom et adresse du représentant légal :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

e-mail : \_\_\_\_\_ privé  ou professionnel

En cas d'accident l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de tél. En cas d'urgence, le centre 15 est appelé.

N° Tél. domicile : \_\_\_\_\_ N° Tél. travail père : \_\_\_\_\_

N° Tél. travail mère : \_\_\_\_\_

N° Tél Portable du ou des parents : \_\_\_\_\_

N° Tél. d'une personne susceptible de vous prévenir en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

### Composition de la famille, frères et sœurs :

### Renseignements médicaux :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) OUI  NON

Votre enfant est-il atteint d'une des maladies ?

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Affectation respiratoire, cardiaque ou rénale | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Allergies (préciser à quoi)                   | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Asthme  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Diabète                                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                                     | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie                                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn                              | <input type="checkbox"/> |

Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un handicap ? OUI  NON

Moteur : \_\_\_\_\_ Auditif : \_\_\_\_\_

Visuel : \_\_\_\_\_ Autres (préciser) : \_\_\_\_\_

Est- il connu de la MDPH ? OUI  NON

Votre enfant présente-t-il une difficulté dans les apprentissages ? OUI  NON

A l'écrit : dyslexie \_\_\_\_\_

Autre (à préciser) \_\_\_\_\_

Prend- il un traitement médical régulièrement ? OUI  NON

Si oui, lequel \_\_\_\_\_

A-t-il subi des interventions chirurgicales ? OUI  NON

Si oui, laquelle et à quelles dates ? \_\_\_\_\_

Est-il suivi en consultation spécialisée ? OUI  NON

(ex : ophtalmologie, ORL, orthophonie, psychothérapie, orthopédie...)

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

### **NOM et NUMÉRO DE TEL DU MEDECIN TRAITANT :**

\_\_\_\_\_

### **Vaccinations :**

Date du dernier rappel ou de la dernière injection antitétanique ? \_\_\_\_\_

Vaccination ROR : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### **Joindre les photocopies des différentes vaccinations.**

Les médicaments doivent être déposés à l'infirmierie avec la photocopie de l'ordonnance.

En absence de l'infirmière, une personne de la vie scolaire pourra les donner.

En cas de nouveau problème de santé, changement de traitement au cours de la scolarité, vous devez le signaler à l'infirmière.

### **AUTORISATION CHIRURGICALE D'INTERVENTION**

Nous soussignés, Monsieur et ou Madame \_\_\_\_\_

Autorisons l'établissement à prendre toutes les mesures nécessaires pour transporter mon fils ou ma fille en cas d'urgence vers la structure la mieux adaptée.

**En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

**Un élève mineur** peut sortir de l'hôpital UNIQUEMENT accompagné de sa famille.

Si la famille est dans l'**impossibilité** de venir chercher l'élève à l'hôpital, le **transport** de l'hôpital vers le lycée se fera par taxi mandaté par l'établissement. **Le coût de ce transport sera à la charge de la famille** à réception, sur présentation d'un état exécutoire établi par l'établissement.

Lu et approuvé, signature du responsable legal

**PS : Pour toute demande de transfert de dossier médical existant dans l'établissement d'origine, vous devez compléter l'annexe 19b ci-après.**

## DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL\*

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

### Établissement où est inscrit l'élève

Nom : **Lycée Aristide BRIAND**

Rue : **Pierre Sémard- CS 73126, n° 2**

Commune : **EVREUX cedex**

Département : **EURE** Pays : **FRANCE**

Classe : \_\_\_\_\_

### Établissement d'où vient l'élève

Nom : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Date de la réponse : \_\_\_\_\_

Dossier complet     Dossier incomplet     Dossier non trouvé.

En retour (1) \_\_\_\_\_  Élève non inscrit à l'école indiquée

Autres raisons de non envoi : \_\_\_\_\_

(1) Cocher la case correspondante

\* Cet imprimé, une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical