

# FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS

À REMETTRE SOUS PLI À L'ATTENTION DE L'INFIRMIÈRE DU LYCÉE

NOM :		CLASSE <i>Pour l'année scolaire 2025-2026</i>	
Prénom :		Date de naissance :	
Classe et dernier établissement fréquenté :			
<input type="checkbox"/> INTERNE		<input type="checkbox"/> DEMI-PENSIONNAIRE	<input type="checkbox"/> EXTERNE
<b>RESPONSABLE LÉGAL</b> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal			
NOM :		Prénom :	
Adresse :			
Code postal		VILLE :	
Téléphone :		Travail :	
Portable :		Mail :	
<b>RESPONSABLE LÉGAL</b> <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur légal			
NOM :		Prénom :	
Adresse :			
Code postal :		VILLE :	
Téléphone :		Travail :	
Portable :		Mail :	
<b>PERSONNE À PRÉVENIR EN VOTRE ABSENCE</b>			
NOM :		Prénom :	
Téléphone :		Portable :	
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b>			
NOM du médecin traitant :			
Téléphone :			
<b>PROBLÈMES DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE :</b>			

L'élève est-il suivi en consultation spécialisée (ORL, Orthophoniste, Psychologue, Ophtalmologie, Orthodontiste, Ergothérapeute, Allergologue...)

OUI

NON

Merci de préciser :

**HOSPITALISATIONS ANTÉRIEURES :**

**INTERVENTIONS CHIRURGICALES :**

**VACCINATIONS**

*Joindre la photocopie des pages « vaccinations » du carnet de santé en mentionnant NOM et Prénom de l'élève. Le DTP est obligatoire pour l'entrée en collectivité*

**TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX**

L'élève suit-il un traitement de longue durée ?

Si oui, merci de préciser :

**CONTRE-INDICATIONS MÉDICAMENTEUSES :**  OUI

NON

Si oui, lesquelles :

**ATTENTION**

**La prise de médicaments en autonomie n'est pas autorisée à l'internat.  
Tous les médicaments doivent être déposés à l'infirmerie avec la photocopie de l'ordonnance.  
L'infirmière appliquera les traitements prescrits par le médecin.**

**PATHOLOGIE CARDIAQUE :**  OUI

NON

L'élève est-il :

Hémophile	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Épileptique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Asthmatique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Diabétique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Allergique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Autres :		

En cas d'allergie, merci de préciser la nature de l'allergie et sa gravité :

**VOTRE ENFANT EST-IL :**

- **Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire :**

OUI

NON

Si oui, merci de préciser :

- **Susceptible de prendre un traitement d'urgence sur le temps scolaire :**

OUI

NON

Si oui, merci de préciser lequel :

**Et de contacter l'infirmière**

- **Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire :**

OUI

NON

Si oui, lesquels :

**L'élève bénéficie-t'il d'une convention d'intégration ?**

OUI

NON

- **Bénéficiaire d'un PAI - PAP ou PPS**

OUI

NON

Si oui, merci de préciser

Si votre enfant bénéficie d'un PAI, PAP ou PPS, merci d'informer l'infirmière en cas de sortie scolaire.

**ANTÉCÉDENT MÉDICAUX FAMILIAUX**

**En cas de problème de santé nécessitant une vigilance particulière au sein de l'établissement, il vous est demandé de prendre contact auprès de l'infirmière scolaire afin d'établir les conditions d'accueil et de scolarisation adaptées à l'état de votre enfant.**

## AUTORISATION DE TRAITEMENT

J'autorise l'infirmière de l'établissement à donner ces médicaments, pommades en cas de besoin :

Paracétamol (doliprane), spasfon, strepsil, smecta, ultralevure, euphytose, homéopathie (arnica, cocculine), hextril bain de bouche, dacryoserum, apaisyl crème, baume aroma, hémoclar, arnica gel, biafine

OUI

NON

## SOINS D'URGENCE

Je soussigné(e) : ..... Responsable légal(e)

Déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence, le médecin du SAMU est responsable de l'orientation de mon enfant vers la structure de soins la mieux adaptée.

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides : Il est important de communiquer au moins un numéro de téléphone (Page 1).

Hors cas d'urgence, les parents sont invités à tout mettre en œuvre pour effectuer le transport par leurs propres moyens.

L'élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou du responsable légal.

Aucun frais de transport ne pourra être pris en charge par l'établissement.

Lu et approuvé, le

Signatures des responsables légaux