

AUTORISATION DE TRAITEMENT

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

Paracétamol (doliprane), spafon, strepsil, smecta, ultralevure, euphytose, homéopathie (arnica, cocculine), hextril bain de bouche, dactyosermum, apaisyl crème, baume aroma, hémoclar, arnica gel, biatine

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

FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS

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

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

<p>L'élève est-il suivi en consultation spécialisée (ORL, Orthophoniste, Psychologue, Ophtalmologie, Orthodontiste, Ergothérapeute, Allergologue...)</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p>Merci de préciser :</p>													
<p>HOSPITALISATIONS ANTÉRIEURES :</p>													
<p>INTERVENTIONS CHIRURGICALES :</p>													
<p>VACCINATIONS <i>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</i></p>													
<p>TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX L'élève suit-il un traitement de longue durée ? Si oui, merci de préciser :</p>													
<p>CONTRE-INDICATIONS MÉDICAMENTEUSES : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, lesquelles :</p>													
<p style="text-align: center;">ATTENTION</p> <p>La prise de médicaments en autonomie n'est pas autorisée à l'internat. Tous les médicaments doivent être déposés à l'infirmierie avec la photocopie de l'ordonnance. L'infirmière appliquera les traitements prescrits par le médecin.</p>													
<p>PATHOLOGIE CARDIAQUE : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>													
<p>L'élève est-il :</p> <table border="1"> <tr> <td>Hémophile</td> <td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td>Épileptique</td> <td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Asthmatique</td> <td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td>Diabétique</td> <td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> </tr> <tr> <td>Allergique</td> <td><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</td> <td colspan="2">Autres :</td> </tr> </table> <p>En cas d'allergie, merci de préciser la nature de l'allergie et sa gravité :</p>		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 :	
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 :											

<p>VOTRE ENFANT EST-IL :</p> <ul style="list-style-type: none"> Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p>Si oui, merci de préciser :</p> <ul style="list-style-type: none"> Susceptible de prendre un traitement d'urgence sur le temps scolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p>Si oui, merci de préciser lequel :</p>	
<p>Et de contacter l'infirmière</p> <ul style="list-style-type: none"> Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p>Si oui, lesquels :</p> <p>L'élève bénéficie-t'il d'une convention d'intégration ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <ul style="list-style-type: none"> Bénéficiaire d'un PAI - PAP ou PPS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <p>Si oui, merci de préciser</p> <p>Si votre enfant bénéficie d'un PAI, PAP ou PPS, merci d'informer l'infirmière en cas de sortie scolaire.</p> <p>ANTÉCÉDENT MÉDICAUX FAMILIAUX</p>	
<p>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.</p>	