

Renseignements administratifs des responsables légaux
et informations en cas d'urgence

Coordonnées des parents ou responsables légaux :

Nom-Prénom	Profession	Téléphone-Adresse

Personne à prévenir en cas d'urgence (en cas d'absence des parents) :

Téléphone+nom :

N° sécurité sociale de l'élève :

— — — — —

En cas d'urgence médicale, j'autorise que mon fils/ma fille soit transporté(e) **non accompagné(e)** dans un véhicule de secours au Centre Hospitalier le plus proche. Je serai rapidement prévenu(e) et j'assurerai sa sortie de l'hôpital s'il (elle) est mineur(e).

A NOTER : tout élève interne ayant un traitement médical doit déposer **ses médicaments et son ordonnance** à l'infirmerie, ceux-ci étant interdits dans les chambres d'internat par le règlement intérieur.

Vous pouvez nous communiquer des informations complémentaires sur la santé de votre enfant sous pli cacheté confidentiel avec cette fiche Infirmerie.

Date et signature des parents/tuteur(trices) et de l'élève :



FICHE INFIRMERIE

Lycée de la Plaine de l'Ain
226 rue Léon Blum
01500 Ambérieu en Bugey
04 74 38 17 24

Photo
de l'élève

Renseignements administratifs de l'élève

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

TÉLÉPHONE DE L'ÉLÈVE :

ÉTABLISSEMENT PRÉCÉDENT :

DATE D'ENTREE AU LYCEE :

NOMBRE ET AGE DE FRERES ET SŒURS :

RÉGIME : (Rayez les mentions inutiles)

EXTERNE – INTERNE – DEMI-PENSIONNAIRE

CLASSES : (Section réservée à l'établissement, ne pas remplir les 4 cases ci-dessous)

--	--	--	--

Tournez la fiche SVP

Renseignements médicaux de l'élève

(Rayez les mentions inutiles)

MÉDECIN TRAITANT : Dr

TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT :

SUIVI MÉDICAL SPÉCIALISÉ : (Plusieurs noms de médecins possibles)

Dr : / Dr :

MALADIE CHRONIQUE : OUI – NON

Si **OUI**, LAQUELLE :

REMARQUES IMPORTANTES :

PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI)

Un PAI était-il en place l'année dernière ? : OUI – NON

Souhaitez-vous le renouveler ou en mettre un en place ? : OUI – NON

TRAITEMENTS : (Uniquement pour ceux d'une durée supérieure à 1 mois)

(>> Joindre photocopie ordonnance)

ALLERGIE(S) :

LUNETTES ou **LENTILLES** : OUI – NON

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : OUI – NON

Si **OUI**, lequel ?

VACCINS :

DTP - date du dernier rappel :

ROR - date du dernier rappel :

(>> Joindre photocopie vaccins)

AUTRES SUIVIS :

SUIVI **DIÉTÉTICIEN(NE)** : OUI – NON

SUIVI **ORTHOPHONISTE** : OUI – NON

SUIVI **PSYCHOLOGIQUE** : OUI – NON

NOM DU PROFESSIONNEL, DU SERVICE OU DE LA STRUCTURE :

INAPTITUDE EPS TOTALE : OUI – NON

Si **OUI**, MOTIF :

KINÉSITHÉRAPIE : OUI – NON

SCOLARITÉ :

L'élève avait-il :

Un P.P.S : OUI – NON

Un P.A.P : OUI – NON

Un P.P.R.E : OUI – NON

(>> Si **oui**, joindre une photocopie du/des précédents.)

AMÉNAGEMENT BREVET : OUI – NON

Souhaitez-vous **renouveler** les aménagements ? OUI – NON

Pour la mise en place d'un PPRE, s'adresser au Professeur Principal dès le début de l'année scolaire.