



FICHE D'INFIRMERIE

Année scolaire 2020/2021

COLLER
UNE
PHOTO
D'IDENTITE

Tout traitement médical est à prendre obligatoirement à l'infirmerie.

NOM Prénom: CLASSE (2020/2021):

Demi pensionnaire - Externe (Rayer la mention inutile) Élève majeur : OUI NON

Adresse :

Né(e) le : à :

Téléphone de l'élève :

Année scolaire	Classe	Établissement
2019/2020	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2018/2019	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PREMIER RESPONSABLE LÉGAL

NOM Prénom :

Téléphone :

Courriel :

DEUXIÈME RESPONSABLE LÉGAL

NOM Prénom :

Téléphone :

Courriel :

FRÈRES ET SŒURS SCOLARISÉS

	Nombre	Nom des autres établissements
Lycée Le Verger	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre Lycée	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Collège	<input type="text"/>	<input type="text"/>
École maternelle/primaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EN CAS D'URGENCE PRÉVENIR (préciser le lien de parenté)

NOM Prénom : Téléphone :

NOM Prénom : Téléphone :

AUTORISATION DE TRAITEMENT MÉDICAL OU CHIRURGICAL

Je soussigné(e) agissant en qualité d'élève majeur OU agissant en qualité de père, mère tuteur, tutrice (rayer les mentions inutiles) autorise l'administration du lycée « Le Verger » à prendre en cas d'accident ou d'affection à évolution rapide, toutes les mesures d'urgence.

A : Le :

Signature :

FICHE MÉDICALE (Confidentielle à mettre sous pli)

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des informations suivantes concernant l'élève :

ALLERGIES CONNUES

OUI

NON

Si oui la ou lesquelles :

PATHOLOGIE CHRONIQUE OU INVALIDANTE

OUI

NON

Si oui la ou lesquelles :

Traitement médicaux suivi :

Désirez-vous bénéficier d'un projet d'accueil individualisé ?

OUI

NON

Si oui, prendre contact avec l'infirmier du lycée (02 62 53 20 60) ou le médecin scolaire.

MÉDECIN TRAITANT :

Tel :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux importants :

VACCINATIONS (joindre les photocopies du carnet de santé)

Antidiphtérique, antitétanique, antipoliomyélitique

Date dernier rappel : / /

Rougeole, oreillons, rubéole

Date des deux injections : / / / /

Hépatite B

Date des injections : / /

Le représentant légal : Date : / /

Signature :