



## FICHE D'INFIRMERIE

Année scolaire 2021/2022:

Année scolaire 2022/2023:

Année scolaire 2023/2024:

COLLER  
UNE  
PHOTO  
D'IDENTITE

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

NOM Prénom: \_\_\_\_\_ CLASSE (2021/2022): \_\_\_\_\_

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

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

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Téléphone de l'élève : \_\_\_\_\_

Année scolaire	Classe	Établissement
2020/2021		
2019/2020		

### 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		
Autre Lycée		
Collège		
École maternelle/primaire		

### 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 « P.A.I. »?

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 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Le représentant légal

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature