

**LYCEE DESIRE NISARD-CHATILLON SUR SEINE**

**ANNEE SCOLAIRE 2020-2021**

- **VACCINATIONS** : merci de joindre une photocopie des pages du carnet de santé de l'élève comprenant les vaccinations DT POLIO et Rougeole-Rubéole-Oreillons

**Date du dernier rappel de DTP** : .....

- **VISION ET AUDITION** : Votre enfant à t-il des besoins particuliers concernant sa vision ou son audition (port de lunette, appareil auditif, ...)

OUI NON si oui merci de préciser :

- **REGIME ALIMENTAIRE** : Votre enfant suit-il un régime alimentaire prescrit par un médecin ?

OUI NON si oui merci de préciser

- **TRAITEMENT** : votre enfant suit-il un traitement ?

OUI NON si oui merci de préciser

Aura-t-il besoin de prendre ce traitement sur le temps scolaire ?

OUI NON

- **SUIVI EN COURS** : votre enfant a t-il un suivi en cours (orthophoniste, psychologue, CMPP, autres)

OUI NON si oui merci de préciser

- **ALLERGIE** : votre enfant a-t-il des allergies ?

OUI NON si oui merci de préciser

- **ANTECEDENT** : votre enfant a-t-il des antécédents médicaux que vous souhaitez signaler ?

- **PATHOLOGIE EVOLUANT SUR LE LONG TERME** : Votre enfant a-t-il une maladie évoluant sur du long terme (asthme, épilepsie, diabète, autres)?

OUI NON si oui merci de préciser

Si votre enfant présente une maladie évoluant sur une longue période (asthme, allergie...), et que vous souhaitez transmettre des renseignements confidentiels concernant cette maladie, merci de le faire sous pli cacheté et de l'adresser à l'infirmière ou au médecin de l'Education Nationale.

**AMENAGEMENT SCOLAIRE**

- **PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE** : Votre enfant bénéficiait-il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) l'année dernière ?

OUI NON si oui merci de préciser :

**Souhaitez-vous le reconduire** : OUI – NON (si oui, vous devez prendre contact avec l'infirmière du lycée)

- **PLAN D'ACCOMPAGNEMENT PEDAGOGIQUE** : Votre enfant bénéficiait-il d'un plan d'accompagnement pédagogique (PAP) ?

OUI NON si oui merci de préciser :

Si oui, merci de prendre contact avec son professeur principal pour la mise en place.

**En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU, et ce, non accompagné d'un adulte de l'établissement. Je serai très rapidement prévenu de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital. Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus, même si mon enfant est interne.**

A : le :

Signature des parents

**Merci de mettre cette feuille sous enveloppe compte tenu des renseignements médicaux qu'elle contient et de l'adresser directement à l'infirmière du lycée.**



Année scolaire 2020-2021

photo

### Responsable légal

Nom - Prénom	Tél domicile
Adresse	Tél travail
	Tél portable

## FICHE INFIRMERIE

Nom	Prénom	Classe

Date de Naissance :

lieu :

### Sa famille

Père	Mère
Nom - Prénom	Nom - Prénom
Adresse	Adresse
Tél domicile	Tél domicile
Profession	Profession
Tél travail	Tél travail
Tél portable	Tél portable

**Situation parentale :** Marié Divorcé Séparé Parent isolé vie maritale  
autre

Personne à prévenir en cas d'absence du responsable légal	Personne mandatée pour venir chercher l'élève en cas d'impossibilité du responsable légal
Nom - Prénom	Nom - Prénom
Lien avec l'élève	Lien avec l'élève
Tél.	Tél.

### Enfants vivant au foyer ou à charge

NOM - Prénom	Date de naissance

### Médecin traitant

Nom  
Adresse  
Tél.

### Sécurité sociale

Numéro de sécurité sociale de l'élève	Nom et adresse de la caisse de sécurité sociale
---------------------------------------	---

**Merci de joindre une copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie et une attestation de droits de votre mutuelle.**