

**FICHE INFIRMERIE**

CONFIDENTIELLE

(vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical et destinées aux personnels médicaux)

Classe :

ELEVE :

N°DN(CPS) :

NOM :

Prénom(s) :

Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le/...../..... à (commune) :

Adresse géographique :

Vini personnel :

Photo

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ELEVE :1^{er} responsable : NOM et Prénom (indiqué le lien parenté)

.....

Vini :

2^{ème} responsable : NOM et Prénom (indiqué le lien parenté)

.....

Vini :

Correspondant : NOM et Prénom (indiqué le lien de parenté)

.....

Vini :

Le correspondant accueillera l'élève en cas de fermeture exceptionnelle du lycée, en cas de maladie ou de difficultés.

Nom du médecin traitant :

ALLERGIES :Médicaments : ☐ oui ☐ non

Si oui lequel ou lesquels ?

.....

.....

ALIMENTS : ☐ oui ☐ non

Si oui lequel ou lesquels ?

.....

.....

ANTECEDENTS MEDICAUX :RAA : ☐ oui ☐ non Si oui traitement en cours :ASTHME : ☐ oui ☐ non Si oui traitement en cours :Epilepsie : ☐ oui ☐ non Si oui traitement en cours :Diabète : ☐ oui ☐ non Si oui traitement en cours :Maladie cardiaque : ☐ oui ☐ non Si oui traitement en cours :Autres : ☐ oui ☐ non Si oui traitement en cours :

INTERVENTIONS CHIRURGICALES :

.....
.....

Traitement en cours :

.....
.....

Observations Particulières :

L'élève porte-t-il des lunettes ? ☐oui ☐non

L'élève a-t-il des problèmes d'audition ? ☐oui ☐non

L'élève a-t-il bénéficié d'un suivi en orthophonie ? ☐oui ☐non

L'élève a-t-il rencontré un psychologue ? ☐oui ☐non

L'élève a-t-il rencontré un ou des spécialiste(s) ? ☐oui ☐non

Si oui, dans quel cadre ?.....

L'élève a-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il d'un PAI (Projet d'accueil individualisé pour maladie) ? ☐oui ☐non

Si oui, pour quel motif ?

L'élève a-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il d'un PAP (Projet d'accueil personnalisé pour « dys ») ? ☐oui ☐non

Si oui, pour quel motif ?

L'élève a-t-il bénéficié ou bénéficie-t-il d'un PPS (Projet personnel de scolarisation) ? ☐oui ☐non

Si oui, pour quel motif ?

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'infirmier(e)

.....
.....
.....

NOTES IMPORTANTES

L'élève ne doit pas être en possession de médicaments. Les traitements doivent être déposés à l'infirmierie avec l'ordonnance.

L'établissement est déchargé de toute responsabilité en cas d'accident résultant du non-respect de cette règle.

Si vous souhaitez transmettre des informations sur la santé de votre enfant, vous pouvez le faire sous enveloppe fermé à l'attention de l'infirmier(e) de l'établissement.

'Aita te maupiahi e nehenehe e tape'a i te maura'auiaratou ra. Eti 'a'ia'afa'ihia i te piha 'ohipa a te tu'atima'i e taenoaatu i te fa'anahora'ara'au.

'Aita te fare ha'api''ira'a e amo i te hopoi'a mai te peu e tupu te tahi fifi i te fa'atura-'orehiateie ture.

Mai te peu e hina'aro 'outou e horo'a i te tahimauha'amaramaramara'a i ni'a i te ea o ta 'outoutamari'i, e nehenehe 'outou e fa'ataei te tahivehi rata ia te tu'atima'i 'aore ra ma te niuniuatu i te.

A, le

Signature