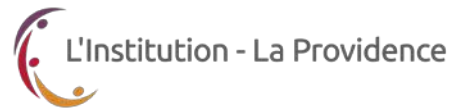




# FICHE INFIRMERIE FICHE AUTORISATION DE TRAITEMENT (au verso)



## ELEVE/ETUDIANT(E)

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_  
**Né(e) le :** \_\_\_\_\_ **Classe (2018/2019) :** \_\_\_\_\_  
**N° Portable de l'élève :** \_\_\_\_\_ **Etablissement précédent :** \_\_\_\_\_

## PARENTS ou TUTEUR

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRENOM :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_  
*(rue, code postal, commune)*  
 ☎ **Domicile :** \_\_\_\_\_  
 ☎ **Travail du Père :** \_\_\_\_\_ **N° Portable du Père :** \_\_\_\_\_  
 ☎ **Travail de la Mère :** \_\_\_\_\_ **N° Portable de la Mère :** \_\_\_\_\_  
**N° de Sécurité Sociale du responsable légal de l'élève :** □□□□□□□□□□□□□□□□  
**N° de Sécurité Sociale de l'élève :** □□□□□□□□□□□□□□□□

### **Si nous n'arrivons pas à vous contacter :**

Merci d'indiquer les noms et n° de téléphone de deux personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :

**NOM :** \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_  
**NOM :** \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

**NOM DU MEDECIN DE FAMILLE :** \_\_\_\_\_ ☎ **du Médecin :** \_\_\_\_\_

**Vaccinations :** Date du dernier rappel antitétanique : \_\_\_\_\_  
 Date des 2 injections du vaccin contre la rougeole : \_\_\_\_\_

### → **Problèmes de santé actuels**

- allergies** (médicamenteuses, alimentaires.....) : laquelle et traitement \_\_\_\_\_
- asthme** : traitement \_\_\_\_\_
- diabète** : traitement \_\_\_\_\_
- convulsions, épilepsie** : traitement \_\_\_\_\_
- spasmophilie** : traitement \_\_\_\_\_
- malaise vagal** : traitement \_\_\_\_\_
- autres** : \_\_\_\_\_

### → **Antécédents médicaux** \_\_\_\_\_

**Dans certains cas particuliers les médicaments ou trousse de secours (si allergie par exemple) doivent être déposés à l'infirmerie avec une ordonnance ou un protocole.**

**En cas de maladie, de situation d'handicap ou de troubles des apprentissages, votre enfant bénéficie-t-il d'un :**

- Protocole d'urgence** Si oui pourquoi ? \_\_\_\_\_
- Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** Si oui pourquoi ? \_\_\_\_\_
- Plan d'Aménagement Personnalisé (PAP)** Si oui pourquoi ? \_\_\_\_\_
- une notification MDPH ?** Si oui pourquoi ? \_\_\_\_\_
- Projet Personnalisé de scolarité (PPS)** Si oui pourquoi ? \_\_\_\_\_
- d'une AVS** Si oui pourquoi ? \_\_\_\_\_
- d'une dispense totale ou partielle en EPS ?** Si oui pourquoi ? \_\_\_\_\_



- Autre / complément :

Si oui merci de préciser la raison et de fournir une photocopie du document signé (PAI, PPS, PAP..)

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un aménagement aux épreuves d'examens : le DNB, les épreuves anticipées du baccalauréat ou le baccalauréat ?

Si oui merci de fournir une photocopie de l'avis de la Dexaco (division des examens du rectorat)  
Ceci est important pour poursuivre ou mettre en place les aménagements au plus tôt.

**AUTORISATION  
D'INTERVENTION D'URGENCE**

Madame - Monsieur (NOM et Prénom) : \_\_\_\_\_

Responsable légal de (NOM et Prénom de l'élève) : \_\_\_\_\_

**Autorise (autorisons) le Lycée, en cas d'accident ou de maladie grave, à faire appel à un médecin, ou à prendre les dispositions pour une hospitalisation ou pour une intervention chirurgicale.**

En cas d'impossibilité de me (nous) joindre par téléphone, ou si le temps presse, je dégage (nous dégageons) entièrement la responsabilité du chef d'établissement qui sera amené à prendre à ma (notre) place les décisions nécessaires.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signatures des parents ou du tuteur  
Précédées de la mention  
« Lu et Approuvé » :

Signature de l'élève majeur, précédée de la  
mention « Lu et Approuvé »

Document non confidentiel

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles concernant la santé de votre enfant et afin de permettre à Madame PLANCON infirmière, d'adapter rapidement et au mieux les soins en cas d'urgence, merci de fournir ces renseignements sous enveloppe cachetée à adresser à :

**Madame PLANCON- Infirmière Lycée L'Institution-La Providence Tel : 02 99 40 74 70  
infirmierie@ism-lapro.fr**

