



FICHE INFIRMERIE

(À remettre le jour de l'inscription définitive dans l'établissement ou à l'infirmière le jour de la rentrée)

NOM : **Prénom** :

Date de naissance : Classe **au lycée** : **EXT DP INT** (entourer)

Nom et adresse des représentants légaux ou de l'élève majeur (si domicile différent) :

.....

Commune : Code postal :

Email de l'élève majeur ou de sa famille :@.....

N° de Sécurité Sociale de l'élève ou de son représentant légal :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES ET CONSEILLEES

1° **Vaccination obligatoire** contre la diphtérie, le tétanos, et la poliomyélite (**D.T Polio**) et **Coqueluche** :

Date du dernier rappel effectué (**tous les 5 ans**) :

2° Vaccinations contre la tuberculose (**B.C.G**) : Date du Monovax:date du test :

3° Vaccination conseillée : **ROR (Rougeole Oreillons Rubéole)** :

Dates du premier vaccin et du rappel (Priorix):

EN CAS D'ACCIDENT

L'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant **au moins un N°** de téléphone :

1° **N° de téléphone du domicile** : Portable élève :

2° N° du travail du responsable 1 : Portable responsable 1 :

3° N° du travail du responsable 2 : Portable responsable 2 :

4° **Nom et N° de tél. d'une personne adulte (parents ou amis) susceptible de vous prévenir rapidement ou de prendre l'élève en charge:**

EN CAS D'URGENCE : Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence, vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Tout élève mineur malade ne peut sortir du lycée que sous la responsabilité d'un membre majeur de sa famille et après signature d'une décharge parentale auprès de l'Infirmière ou de la Vie scolaire.

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (handicap nécessitant un PAI, un PAP dont **dyslexie**, allergies, **traitements en cours**, précautions particulières à prendre, autres...) :

.....

.....

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

.....

Vous pouvez aussi joindre à ce questionnaire, une photocopie des 3 pages « mises à jour » du carnet de vaccinations.