



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 le bon)

Nom et adresse des parents ou du représentant légal ou de l'élève majeur (si domicile différent) :

.....

Commune : Département (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 CONSEILLÉES

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 père :

Portable père :

3° N° du travail de la mère :

Portable mère :

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.

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

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

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

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

