

FICHE INFIRMERIE* – ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

NOM : **PRENOM :** **CLASSE :**

Date de naissance : / /

NOM et Adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter sa tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

Tél. Domicile : / / / /

Tél. Mobile mère : / / / /

Tél. Mobile père : / / / /

Tél. Travail mère : / / / / Poste :

Tél. Travail père : / / / / Poste :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

NOM : Prénom :

Tél. : / / / /

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

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DTP PENTACOQ) : / /

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies cutanées ou alimentaires, traitements en cours, précautions particulières à prendre):

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Cabinet : / / / /

Prise en charge spécifique :

P.A.I. (Plan d'Accompagnement Individualisé)

P.P.R.E. (Programme personnalisé de Réussite Educative)

P.P.S. (Plan Personnalisé de Scolarisation)

** DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmier de l'établissement.*