

SERVICE INFIRMIERIE ET URGENCE

(N° de téléphone de l'infirmière 05 34 61 32 19)

Nom de l'élève : Prénom : Classe (**année scolaire 2017/2018**)

Date et lieu de naissance : N° portable de l'élève

SITUATION DE FAMILLE :

Situation des parents : Mariés Séparés Divorcés Célibataire Veuf (ve)

autre

Avec qui vit l'élève : Parents Père Mère Grands Parents Seul(e)

Autre Membre de la famille Foyer Famille d'accueil

Nom et prénom du responsable légal de l'élève :

Père : Mère :

Nom et prénom : Nom et prénom :

Adresse complète : Adresse complète :

Tél. domicile : Tél. domicile :

Tel travail : Tel travail :

Portable : Portable :

Numéro de sécurité sociale et organisme :

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

Nom et n° de Tel du Médecin de famille :

Numéro et adresse de l'assurance scolaire :

- En cas d'urgence, un élève accidenté, malade, est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital désigné par le SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné du responsable légal.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Madame et/ou Monsieur

responsables légaux de l'élève en classe de

autorisons l'anesthésie de notre enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A Le

Signature des responsables légaux :

Merci de tourner la page



Lycée Polyvalent Françoise

5, boulevard Alain Savary – BP 90105 – 31170 TOURNEFEUILLE

Tel : 05.34.61.32.00 - Fax : 05.34.61.32.14

0312746s@ac-toulouse.fr

ANTECEDENTS DE L'ÉLÈVE *Merci de mettre tout dossier médical confidentiel sous pli fermé*

VACCINATIONS (joindre une photocopie attestant des vaccinations sous pli, voir carnet de santé ou

certificats médicaux) Date du dernier vaccin antitétanique :

Accidents :

Interventions chirurgicales :

Maladies :

Présente-t-il des allergies ?

alimentaires - Précisez autres allergies - Précisez :

Existe-t-il un déficit ?

Auditif Visuel Moteur : a-t-il des difficultés à se déplacer : OUI NON

Port de prothèse

Présente-il une maladie ?

cardiaque rénale pulmonaire digestive autre précisez

Est-il ?

Diabétique Epileptique Asthmatique Spasmophile hémophile

autre précisez

Est-il dyslexique ? OUI NON

Est-il dyspraxique ? OUI NON autre précisez.....

A-t-il bénéficié au collège d'un ?

PAP OUI NON **PAI** OUI NON **PPS** OUI NON

Porteur d'une maladie chronique entraînant des difficultés au quotidien ? Si oui, précisez :

.....

A-t-il un traitement particulier ? Si oui, précisez :

ATTENTION

- Les médicaments prescrits par le médecin, à prendre sur le temps scolaire, doivent être déposés à l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance

- Pour toute pathologie chronique (asthme, allergie, épilepsie, diabète,) un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) peut être mis en place pour la **SECURITE** de votre enfant. Une ordonnance doit être jointe pour la délivrance des médicaments. N'hésitez pas à contacter l'infirmière au **05 34 61 32 19**

- Il est très important de nous signaler tout changement de coordonnées afin de toujours pouvoir vous joindre.