



**LYCEE INTERNATIONAL DE L'EST PARISIEN**

1 promenade Marco Polo  
93160 NOISY LE GRAND  
Tel : 01 49 41 24 70  
ce.0932638m@ac-creteil.fr



**FICHE INFIRMERIE  
2018-2019**

Photo  
récente à  
coller

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_ Sexe : F ( ) M ( )

CLASSE : \_\_\_\_\_ LV1 : \_\_\_\_\_ LV2 : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP et VILLE : \_\_\_\_\_

Portable élève : \_\_\_\_\_ Qualité : Externe ( ) Demi-pensionnaire ( ) Interne ( )

DERNIER ETABLISSEMENT FREQUENTE (Nom et adresse) \_\_\_\_\_

N ° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

ASSURANCE SCOLAIRE (Nom + Adresse) \_\_\_\_\_

**Votre enfant est interne, merci de joindre une photocopie de l'attestation de sécurité sociale.**

**RESPONSABLES LEGAUX**

**Entourez le numéro de portable de la personne à prévenir en cas d'urgence**

	PORTABLE	DOMICILE	TRAVAIL	ADRESSE SI AUTRE QUE L'ELEVE
PERE				
MERE				
AUTRE (à préciser)				

**En cas d'absence des personnes à prévenir en priorité, autre personne à prévenir :**

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence médicale ou accidentelle**, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée.

Si besoin est, l'élève sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital. **La famille est immédiatement avertie par nos soins.** Dans tous les cas, **les frais occasionnés** (transport ambulance, soins...) **seront à la charge** des parents (tuteurs).

**UN ENFANT MINEUR NE PEUT SORTIR DE L'HÔPITAL QU'ACCOMPAGNE DE SA FAMILLE.**

**(Ne pas oublier de remplir au dos)**

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS OU UN CERTIFICAT DES VACCINS AU NOM ET PRENOM DE L'ELEVE

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière de l'établissement

• **RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTE DE L'ELEVE**

Allergies : OUI ( ) NON ( ) Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Médicamenteuses : OUI ( ) NON ( )

Nom des médicaments : \_\_\_\_\_

Alimentaires : OUI ( ) NON ( )

Nom des ingrédients : \_\_\_\_\_

Merci de joindre le dernier bilan de l'allergologue avec la trousse d'urgence.

Asthme : OUI ( ) NON ( )

Nom des médicaments : \_\_\_\_\_ date de la dernière crise : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir en cas de réaction allergique (dans le cas d'un traitement particulier, fournir une ordonnance pour l'année ainsi que la trousse d'urgence nécessaire au nom de l'élève. Elle vous sera restituée mi juin.)

• **PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE**

Doit-il prendre un traitement (médicaments) sur le temps scolaire OUI ( ) NON ( )

SI OUI, lequel (période, fréquence) ? \_\_\_\_\_

Bénéficiait-il d'un PAI l'année dernière ? OUI ( ) NON ( )

Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? OUI ( ) NON ( )

• **AMENAGEMENTS SCOLAIRES**

Votre enfant est-il suivi par une orthophoniste, ergothérapeute : OUI ( ) NON ( )

Si OUI, pour quels troubles ? \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement aux examens pour le bac de français ? Oui ( ) Non ( )

• **EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Votre enfant a-t-il des contre-indications à la pratique sportive ? OUI ( ) NON ( )

SI OUI, merci de fournir un certificat médical précisant les activités sportives à aménager au regard de sa pathologie.

Votre enfant prend -il un traitement avant et/ou après la pratique sportive ? OUI ( ) NON ( )

Si oui, il est conseillé de le garder sur soi avec l'ordonnance et de laisser une boîte à l'infirmierie en cas d'oubli.

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Dans l'intérêt de l'élève, avez-vous d'autres remarques à nous signaler ? \_\_\_\_\_

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir une incidence sur sa vie au sein de l'établissement ou qu'il doit prendre un traitement ponctuel ou annuel sur le temps scolaire, veuillez prendre contact avec l'infirmière scolaire, dès la rentrée scolaire.