



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
 http://liep.fr



**FICHE INFIRMERIE
 2019-2020**

Photo récente
 à coller

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Sexe : F () M ()

CLASSE : _____

Section internationale : Américaine Arabe Brésilienne
 Chinoise Bachibac

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE : _____ **CP :** _____ **VILLE :** _____

Si frère ou sœur dans l'établissement préciser prénom et classe :

Portable élève : _____ Qualité : Externe () Demi-pensionnaire () Interne ()

DERNIER ETABLISSEMENT FREQUENTE (Nom et adresse) :

N ° de sécurité sociale :

ASSURANCE SCOLAIRE (Nom + Adresse)

Si votre enfant est INTERNE merci de joindre une photocopie de l'attestation de sécurité sociale.

RESPONSABLES LÉGAUX

	Tél portable	Tél domicile	Tél travail
Père			
Mère			
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). Il convient de vous déplacer pour rejoindre votre enfant mineur(e) à l'hôpital dans ce cas.

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 A JOUR OU UN CERTIFICAT AU NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE

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

• **RENSEIGNEMENTS SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE**

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 INDIVIDUALISÉ (PAI)**

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

SI OUI, lequel ? (Joindre une ordonnance de moins de trois mois)

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 un orthophoniste, ergothérapeute : OUI () NON ()

Si OUI, pour quels troubles ?

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement aux examens ? Oui () Non ()

Si oui, préciser l'année et les matières concernées ? _____

• **EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

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'infirmerie 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 doit subir une intervention chirurgicale en cours d'année ou est atteint d'une pathologie susceptible d'avoir une incidence sur sa scolarité et sa vie au sein de l'établissement et/ou qu'il doive prendre un traitement ponctuel ou annuel sur le temps scolaire, veuillez prendre contact avec l'infirmière scolaire.

Signature des parents/tuteurs