

FICHE MEDICALE - Lycéens

LYCEEN :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Classe (filière) en 2017-2018 :

PERSONNE RESPONSABLE :

<p>Personne(s) responsable(s) de l'élève : <input type="checkbox"/>Parents <input type="checkbox"/>Père <input type="checkbox"/>Mère <input type="checkbox"/>tuteurs <input type="checkbox"/>autres (précisez).....</p> <p>Situation familiale : <input type="checkbox"/>Mariés <input type="checkbox"/>Concubins <input type="checkbox"/>Veuf(ve) <input type="checkbox"/>Divorcé(e) <input type="checkbox"/>Séparé(e) <input type="checkbox"/>Célibataire</p>
--

En cas d'accident ou de maladie, l'établissement s'efforce de prévenir rapidement la famille :

Nom du Père :	Nom de la Mère :	Nom du responsable si différent des parents :
N° de portable :	N° portable :	N° portable :
Mail :	Mail :	Mail :

EN CAS D'URGENCE :

NOM de la personne à prévenir :..... Numéro de téléphone :.....	NOM du médecin traitant :..... Numéro de téléphone :.....
--	--

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLEMES DE SANTE DU TYPE :

- Asthme
 - Problèmes cardiaques
 - Diabète
 - Epilepsie
 - Troubles du sommeil
 - Autres
-
-

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

ALLERGIES :

- Alimentaire :.....
- Médicamenteuse :
- Autres :.....

TRAITEMENT :

VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ?

Si oui, lequel ?

VOTRE ENFANT, AYANT UN PROBLEME MEDICAL, A-T-IL DEJA BENEFICIE D'UN « PAI » :

(PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) : OUI NON

REGIME ALIMENTAIRE (MEDICAL) :

Si oui, lequel ?

VACCINATIONS (DATE DU DERNIER RAPPEL) :

DTP polio :.....

ROR :.....

SUIVI PARTICULIER :

VOTRE ENFANT EST-IL SUIVI PAR UN :

- Orthophoniste
- Psychologue
- Kinésithérapeute
- Autres.....

VOTRE ENFANT A-T-IL DEJA BENEFICIE D'UN :

=> **Merci d'envoyer les photocopies de l'attestation ou des aménagements obtenus**

- PPRE (Programme personnalisé de réussite éducative)
- PAP (Plan d'accompagnement personnalisé)
- PPS (Projet personnalisé de scolarisation)
- Aménagements aux examens (Temps partiel, secrétaire...)

INFORMATIONS PERSONNELLES OU FAMILIALES IMPORTANTES A COMMUNIQUER A L'EQUIPE

INFIRMERIE :

.....

.....

Date et signature :

Ces informations sont confidentielles. A remettre sous pli cacheté à l'infirmierie.

Albane ARMINJON et Aurore VOITELLIER
Tel : 06 70 61 88 24 infirmierie@nd-granchamp.fr