

## FICHE INFIRMERIE

Contenant des renseignements médicaux, nous vous remercions de rendre

**Cette fiche SOUS ENVELOPPE CACHETEE portant la mention « CONFIDENTIEL - Fiche infirmerie »**

Vaccinations obligatoires pour tous les élèves du lycée : DT POLIO à jour (**fournir la photocopie du carnet de santé, pages vaccinations, en veillant à ce que le nom et prénom de l'élève y figurent**)

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>	<b>né(e) le :</b>	<b>CLASSE :</b>
<b>Vision :</b> Lunettes : OUI - NON (1)                      Lentilles : OUI - NON (1)			
<b>Audition :</b> BONNE - MAUVAISE    votre enfant porte-il des appareils auditifs ? OUI - NON (1)			
<b>Quelles maladies votre enfant a –t-il eues ?</b>			
<b>Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?</b> Lesquelles ?			
Votre enfant est-il diabétique ?		OUI - NON (1)	
Votre enfant est-il épileptique ?		OUI - NON (1)	
Votre enfant est-il asthmatique ?		OUI - NON (1)	
Votre enfant fait-il des crises de spasmophilie ?		OUI - NON (1)	
<b>Votre enfant suit-il un traitement ?</b> Fournir obligatoirement copie de la dernière ordonnance.			
Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? OUI - NON (1) Pourquoi :			
<b>Votre enfant est-il allergique à ?</b>		OUI - NON (1)	
<input type="checkbox"/> Des médicaments : <input type="checkbox"/> D'autres produits (plume, pollen, poussières, etc) <input type="checkbox"/> Des aliments :			
<b>Votre enfant bénéficiait-il d'un PAI, d'un PAP l'année dernière ?</b>		OUI - NON (1)	
Si oui pour quelle raison : .....			
.....			
Souhaitez-vous reconduire le PAI, le PAP pour cette nouvelle année scolaire ?		OUI - NON (1)	

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

A : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature des responsables légaux

\_\_\_\_\_

(1) Rayer la mention inutile

PAI : projet accueil individualisé(en cas de maladie grave ou évolutive ou allergie ou handicap)

PAP : plan accompagnement personnalisé (dyslexie, dyspraxie, troubles des apprentissages)