

FICHE INFIRMERIE

Identité de l'Elève

Nom : Prénoms :

Date de Naissance : Classe / Spécialité :

Personne à contacter en cas d'urgence

Responsable légal : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre :

Nom : Prénoms :

Adresse :

Tel fixe: Tel du Travail :

Tel Portable :

Autres Renseignements

En cas d'urgence un élève évacué ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, pour les internes, selon les modalités définies par le règlement intérieur du lycée.

Informations complémentaires

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (*allergies, traitement en cours, précaution particulières à prendre*) :

Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, merci de fournir un document complémentaire sous pli cacheté dès la rentrée et se rapprocher du service infirmier de l'établissement.

NOM du médecin traitant :

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAI au collège ? ☐ OUI ☐ NON . Si oui, veuillez prendre contact avec l'infirmerie du Lycée : **Par téléphone** : 0262588456 / 0692382183; **Par mail** : infirmerie.9740910w@ac-reunion.fr

DATE :

Signature obligatoire :

PARTIE A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT EN CAS D'ABSENCE DU CARNET DE SANTE

La vaccination DTP (Diphtérie – Tétanos – Polio) est **OBLIGATOIRE**

Date 1 ^{ère} injection	Date 2 ^{ème} injection	Date 3 ^{ème} injection
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

ROR	Date 1 ^{ère} injection	Date 2 ^{ème} injection
-----	---------------------------------	---------------------------------

Nom et adresse du Médecin traitant :

Tél. :

Cachet et signature du médecin :