

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE
INSCRIPTION : A FAIRE COMPLETER PAR LE MEDECIN
REINSCRIPTION : A COMPLETER PAR LES PARENTS

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de votre enfant, vous ferez compléter cette fiche par votre médecin et vous la joindrez sous enveloppe cachetée adressée à l'infirmière. Les informations contenues sont protégées par le secret médical.

I - IDENTITE L'ELEVE

NOM : _____ Prénom : _____ classe : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

Adresse mail des responsables : 1- _____ 2- _____

Sexe : Garçon Fille

II - VACCINATIONS

Joindre à cette fiche une **photocopie de tous les carnets de vaccination** (obligatoire)

Vaccins	Date du dernier vaccin	Numéro du lot	Date du prochain rappel
BCG			
IDR			
DTP - DULTAVAX			
FIEVRE JAUNE			
MENINGITE ACW135			
TYPHOIDE			

HEPATITE B			
ROR			

III - ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

➤ Y-A-T-IL DES PROBLÈMES MÉDICAUX DANS LA FAMILLE (PARENTS, FRÈRES, SŒURS) ?

Diabète Hypertension Problèmes cardiaques

Problèmes pulmonaires Drépanocytose

Autres, précisez : _____

➤ L'ENFANT A-T-IL EU DES DIFFICULTÉS DANS LA PETITE ENFANCE ?

NON OUI

Si oui, indiquez lesquelles (marche, langage, traumatisme psychologique, accident...) : _____

➤ L'ENFANT A-T-IL SUBI DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES ?

NON OUI

Si oui, en quelle année ? : _____

➤ L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Maladie	Année	Maladie	Année	Maladie	Année
<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Hépatite (A-B-autre)	<input type="checkbox"/> Perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Convulsions
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Méningite	<input type="checkbox"/> Crise de tétanie	<input type="checkbox"/> Saignement de nez
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> RAA	<input type="checkbox"/> Verrues plantaires
<input type="checkbox"/> Oreillon	<input type="checkbox"/> Poliomyélite	<input type="checkbox"/> Autres (précisez)
		<input type="checkbox"/> Drépanocytose		

➤ L'ENFANT A-T-IL ACTUELLEMENT UN DE CES PROBLÈMES ?

Bégaiement, dyslexie : NON OUI

Suivi orthophonique : NON OUI

Déficience auditive : NON OUI

Porte-t-il des lunettes ? : NON OUI

Indiquez le défaut de vision : _____

Problème de dos : NON OUI

Handicap : NON OUI

Indiquez lequel : _____

Suivi orthopédique : NON OUI

Difficultés psychologiques : NON OUI

Indiquez lesquelles : _____

Suivi psychologique : NON OUI

Autres problèmes, précisez : _____

➤ **L'ENFANT EST :** Droitier Gaucher

➤ **L'ENFANT EST-IL ALLERGIQUE A :** FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL

Certains médicaments : NON OUI

Indiquez lesquels : _____

Certains aliments : NON OUI

Indiquez lesquels : _____

Autre : NON OUI

Précisez (insectes, poussière) : _____

IV - TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L'ÉLÈVE

➤ **PREND-IL RÉGULIÈREMENT UN ANTI-PALUDEEN ?** NON OUI

Indiquez lequel : _____

Dort-il sous moustiquaire ? NON OUI

A-t-il des crises de paludisme fréquentes ? NON OUI

➤ **PREND-IL UN AUTRE TRAITEMENT RÉGULIÈREMENT ?** NON OUI

Si oui, précisez lequel : _____

Pour quelle maladie : _____

Depuis quand : _____

La date prévue pour l'arrêt du traitement : _____

S'agit-il d'une maladie chronique ? *FOURNIR UN CERTIFICAT MEDICAL* NON OUI

V - GROUPE SANGUIN : _____

Avec photocopie des deux déterminations si possible

VI - PROBLEMES OU EVENEMENTS PARTICULIERS

L'enfant a-t-il été confronté récemment à un événement ou à un problème particulier (naissance, décès d'un proche, divorce, rapatriement, problème de santé ...)

VII - AUTRES REMARQUES

N'hésitez pas à faire part de vos inquiétudes, de vos souhaits, de vos remarques concernant l'enfant :

Les infirmières scolaires sont à la disposition des familles pour tout renseignement ou tout conseil concernant leur enfant. Les familles peuvent les rencontrer à l'infirmerie, prendre rendez-vous avec elles par courrier ou par téléphone.

A _____, le _____

Cachet et signature du médecin (dans le cas d'une nouvelle inscription)
ou signature des parents (dans le cas d'une réinscription)

FICHE FAMILIALE D'URGENCE ANNUELLE ET NON CONFIDENTIELLE

VOS ENFANTS INSCRITS DANS L'ETABLISSEMENT					
NOM	Prénom	Sexe	Classe	Date du dernier rappel DTP	Observations utiles *

➤ **OU VOUS JOINDRE ?**

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez indiquer les numéros de téléphone auxquels vous êtes joignables :

Père : Domicile : _____ Bureau : _____ Portable : _____

Mère : Domicile : _____ Bureau : _____ Portable : _____

Tuteur : Domicile : _____ Bureau : _____ Portable : _____

Un voisin, un parent :

Nom : _____ Téléphone : _____

➤ **VOTRE MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom : _____

Nom et adresse du cabinet : _____

Téléphone du cabinet : _____ Portable : _____

* les renseignements complémentaires confidentiels sont à transmettre sous enveloppe fermée adressée à l'infirmière.

➤ **AUTORISATION DE SOINS DONNEE A L'INFIRMIERE**

Un élève indisposé ou légèrement blessé est pris en charge par l'infirmière scolaire qui pourra être amenée à lui donner un médicament ou à lui faire un soin en accord avec le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les établissements scolaires, BOEN .hors série N°1 du 06/01/2000.

Je soussigné(e) (nom, prénom) _____

autorise

n'autorise pas

L'infirmière scolaire à donner des médicaments ou à prodiguer des soins à mon (mes) enfant(s).

Signature du père

Signature de la mère

Signature du tuteur,

ATTENTION :

- (i) **en cas de refus d'intervention ou de non réponse, les parents seront simplement avisés par téléphone de l'état de santé de leur(s) enfant(s) et pourront le(s) prendre en charge à l'infirmierie du lycée.**
- (ii) **en cas d'urgence, il sera fait appel au SAMU. En concertation avec les parents, le médecin décide du centre médical où est dirigé l'élève.**

ELEVES A BESOINS EDUCATIF PARTICULIERS

FICHE DE DEMANDE DE LA FAMILLE

A COMPLETER PAR LES FAMILLES CONCERNEES PAR CES DISPOSITIFS

Je soussigné (e) _____

Responsable légal de l'enfant :

NOM et prénom : _____

Date de naissance : _____ Classe en 2021-2022 : _____

demande la mise en place la poursuite

Fournir une copie du précédent document (à joindre au dossier médical)

d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS)

Le PPS s'adresse aux élèves reconnus « handicapés » en France par la Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA) relevant de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Selon sa sévérité, la dyslexie peut être reconnue comme handicap.

d'un Projet d'accompagnement personnalisé (PAP)

Le PAP concerne les élèves atteints de troubles des apprentissages évoluant sur une longue période sans reconnaissance du handicap : trouble spécifique du langage (dyslexie, dysphasie, dyspraxie...)

d'un Projet d'accueil individualisé (PAI)

Le PAI concerne les élèves atteints de trouble de la santé évoluant sur une longue période sans reconnaissance du handicap : pathologies chroniques, allergies, intolérance alimentaire...

A _____, le _____

Signature des responsables légaux,