

**Année scolaire 2013/2014**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS A DESTINATION DE**  
**L'INFIRMIERIE DE L'ETABLISSEMENT**

**CONFIDENTIELLE**

Nom : ..... Prénom : .....  
Classe : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
.....N° de portable : .....  
Classe de l'année en cours 2013/2014 : .....  
Etablissement et Classe fréquentée l'année précédente : .....

Nom et n° de téléphone (fixe ou portable) des personnes à contacter en cas d'urgence susceptibles de prendre en charge l'élève :

- 1 - N° de téléphone du domicile : .....
- 2 - N° du travail du père : .....N° de portable : .....
- 3 - N° du travail de la mère : .....N° de portable : .....
- 4 - Si lieu, Nom, téléphone et adresse de la famille d'accueil/foyer/suivi éducatif : .....
- 5 - Nom et téléphone d'une personne susceptible de prévenir rapidement les parents : .....
- 6 - Nom et n° de téléphone du médecin traitant : .....

Si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire,
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence,
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire,

Il va de votre intérêt et de celui de votre enfant que ces informations soient parfaitement renseignées.

Antécédents médicaux (dates des maladies) : .....

Allergies éventuelles : .....

Traitement en cours (noms des médicaments) : .....

Antécédents chirurgicaux (dates) : .....

*En fonction de ces renseignements, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour, si nécessaire, établir avec vous les conditions d'accueil et de scolarisation adaptées à l'état de santé de votre enfant.*

L'infirmier(e) appliquera les traitements prescrits par le médecin de famille seulement si les médicaments sont accompagnés d'une photocopie de l'ordonnance.

**Vaccinations** : Joindre obligatoirement une photocopie du carnet de santé (vaccinations : DTP, ROR, Hépatite, BCG...)

Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis sous pli cacheté à l'infirmierie.

Si besoin vous pouvez contacter directement l'infirmière de l'établissement du lundi au vendredi  
N° de téléphone de l'infirmierie : 02 98 66 07 95

**Année scolaire 2013/2014**  
**FICHE d'URGENCE remplie par les parents**

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom des parents ou du responsable légal : .....

Adresse : .....

N° de téléphone et adresse du Centre de sécurité sociale : .....

Pour le lycée Professionnel : N° sécurité sociale (n° de l'élève si + de 16 ans) : .....

N° de téléphone et adresse de la Mutuelle : .....

N° de téléphone et adresse de l'assurance scolaire : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

- 1 - N° de téléphone du domicile : .....
- 2 - N° du travail du père : ..... N° de portable : .....
- 3 - N° du travail de la mère : ..... N° de portable : .....
- 4 - Nom et téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

En cas d'urgence, un élève accidenté 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.

En cas d'impossibilité de joindre un responsable de l'enfant et sur les consignes des services d'aide médicale d'urgence (15), le transport par véhicule sanitaire pourra être à la charge de la famille.

**IMPORTANT:** Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre).....

Nom, adresse et n° de téléphone du Médecin traitant : .....

*Tout renseignement confidentiel complémentaire pourra être transmis sous pli cacheté à l'infirmerie de l'établissement.*

# DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Nom de l'élève :

Prénoms :

Né(e) le :

à :

Etablissement où est inscrit l'élève	Etablissement d'où vient l'élève
--------------------------------------	----------------------------------

Nom : LYCEE LAENNEC  
 Adresse : 61, rue du Lycée  
 Commune : PONT L'ABBE  
 Code postal : 29120

Nom :  
 Adresse :  
 Commune :  
 Code postal :

Classe :

Classe :

Classe	Nom de l'établissement	Adresse de l'établissement
CM2		
6 <sup>ème</sup>		
3 <sup>ème</sup>		
2 <sup>nde</sup> Générale, Technologique, Professionnelle		
1 <sup>ère</sup> Générale, Technologique, Professionnelle		
Terminale Générale, Technologique, Professionnelle		

Nom de l'établissement dans lequel vous avez passé votre dernière visite médicale :

.....

Réponse du Service de Santé Scolaire :

Date de la réponse :

En retour :      Dossier complet       Dossier incomplet       Dossier non trouvé   
 Elève non inscrit à l'école indiquée   
 Autres raisons de non-envoi :

**Le dossier médical est à renvoyer au : LYCEE LAENNEC - INFIRMERIE**