



Lycée André Bouloche  
18 boulevard Gutenberg – 93190 Livry-Gargan

FICHE INFIRMERIE  
Renseignements  
médicaux  
strictement  
confidentiels

2021/2022

Classe : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_

Tel Portable : \_\_\_\_\_ Qualité : Externe  Demi-pensionnaire

Établissement fréquenté l'an dernier (2020/2021) (Nom et Adresse Complète) :

**Personnes à prévenir en priorité en cas d'urgence** : (inscrire par ordre de priorité)

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence médicale ou accidentelle**, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée.

Si besoin est, l'élève sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital.

**La personne de votre choix est immédiatement avertie par nos soins.**

Dans tous les cas, **les frais occasionnés** (transport, soins...) **seront à votre charge.**

**Si vous souhaitez m'apporter des informations complémentaires au sujet de votre enfant, merci de m'envoyer un mail à l'adresse suivante:**

**[aurelie.legrand1@ac-creteil.fr](mailto:aurelie.legrand1@ac-creteil.fr)**

(Ne pas oublier de remplir au dos)

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTE DE L'ELEVE

**Rencontre-t-il (elle) des difficultés d'ordre médical ?** (Maladie, allergie, contre-indication médicamenteuse, alimentaire, etc...) :

---

---

**Suit-il (elle) un traitement ?** Si OUI, lequel :

---

---

**Y a t'il eu lors de la scolarité antérieure la mise en place d'un :**

PAI (projet d'accueil individualisé)	OUI	date :	NON
PPS projet personnalisé de scolarisation	OUI	date :	NON
PAP (plan d'accueil personnalisé)	OUI	date :	NON
Aménagement d'épreuve à l'examen	OUI	date :	NON

Si Oui lequel (1/3 temps supplémentaire, secrétaire...) :  
(Merci de joindre une copie du courrier le justifiant)

Date du dernier rappel DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio) :

**JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS LORS DE LA PREMIÈRE INSCRIPTION DANS L'ÉTABLISSEMENT**

**NOM de votre médecin traitant ou spécialiste et téléphone :**

---

Dans l'intérêt de l'élève avez-vous d'autres remarques à nous signaler ?

---

Acceptez-vous que votre numéro de Sécurité Sociale soit transmis aux services de soins mandatés par le S.A.M.U ?

OUI NON

Si OUI :N° de Sécurité Sociale : \_ \_ \_ \_ \_

(Cette mention n'est pas obligatoire et est destinée uniquement à faciliter les transports sanitaires de l'élève »)

### **INFORMATION:**

Au cours de l'année, l'infirmière est susceptible d'être à l'initiative d'un rendez-vous auprès des élèves pour divers motifs.

Ce rendez-vous est en général donné lors des intercours.

Merci pour votre compréhension.

**Date :**

**Signatures :**

Responsables légaux

Élève

(Ne pas oublier de remplir au dos)