

FICHE INFIRMERIE 2025-2026

IDENTITE DE L'ELEVE

Classe :

NOM Prénom :

Né(e) le :/...../..... à

Sexe : M ☐ - F ☐

DN CPS :

Régime : EXTERNE ☐ - DEMI-PENSIONNAIRE ☐ - INTERNE ☐ (à cocher)

SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE

Classe : Spécialité :

Etablissement :

RESPONSABLE LEGAL : (à compléter)

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Profession :

B.P Commune B.P

Adresse géographique :

Commune géographique :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

CORRESPONDANT pour les élèves des îles : (à compléter)

Nom :

Prénom :

Lien de parenté :

Profession :

B.P Commune B.P

Adresse géographique :

Commune géographique :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. travail :

Les renseignements demandés sont indispensables car ils seront d'une grande utilité en cas d'intervention en milieu hospitalier et pour le suivi de l'élève au sein de l'établissement.



ANTECEDENTS MEDICAUX :

Maladies de l'enfance (R.A.A, Diabète, autres) :

Interventions chirurgicales :

TRAITEMENTS MEDICAUX EN COURS. (joindre une photocopie de l'ordonnance).

.....

REACTIONS ALLERGIQUES MEDICAMENTEUSES OU ALIMENTAIRES.

.....

OBSERVATIONS PARTICULIERES.

L'élève est-elle/il mère/père de famille ? ☐ oui ☐ non

L'élève a-t-elle une grossesse en cours ☐ oui ☐ non

Si oui, *Date prévue de l'accouchement* :

L'élève doit-il porter des lunettes ? ☐ oui ☐ non

A-t-il des problèmes d'audition ? ☐ oui ☐ non

Autres remarques (précisez) :

L'élève a-t-il bénéficié d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ou d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) les années scolaires précédentes ? Si oui, merci de préciser les périodes :

.....

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE OU D'HOSPITALISATION

Je soussigné (nom/prénom du responsable légal)

autorise l'administration du lycée à diriger mon enfant sur l'hôpital de TARAVALO et d'y faire pratiquer les soins qui s'imposent y compris sous anesthésie générale.

En cas d'accident, l'établissement doit prévenir la famille par le moyen le plus rapide :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	Lien de parenté	Téléphone domicile	VINI ou bureau
.....			

Fait à, le 2025

Signature des responsables légaux :