



Lycée René Perrin
41 rue René Perrin
73400 UGINE

PHOTO

À coller par
la famille

② **ÉLÈVE :**

NOM : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ À _____

Classe : _____

☐ Interne ☐ Demi-pensionnaire ☐ Externe

Adresse : _____

N° Sécurité sociale . / .. / .. / .. / ... / ... /

Téléphone, **en cas d'urgence**

Du domicile : _____

Du lieu de travail du Père : _____ De la Mère : _____

Téléphone portable du père : _____ De la mère : _____

D'un voisin ou Famille : _____ (Nom : _____)

L'élève fait-il déjà l'objet d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) :

☐ OUI

☐ NON

Si je signale un problème de santé de mon enfant :

☐ Je souhaite établir un protocole de soins d'urgence au lycée.

☐ Je ne souhaite pas établir de protocole de soins d'urgence au lycée.

Autorisation de soins en cas d'urgence

En cas d'urgence, il sera fait appel au SAMU (15). Le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant. La famille sera avertie dans les meilleurs délais.

L'élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de ses responsables légaux.

Date et Signatures :

Père,

Mère,

Tuteur,

Nom, Prénom du père : _____

Profession : _____

Nom, Prénom de la mère : _____

Profession : _____

Nombre d'enfants et âges : _____

Inaptitude EPS

Si l'élève est inapte à l'EPS, il devra fournir un certificat médical en indiquant le motif.

- ✓ Si inaptitude à l'année (ou de plus de 3 mois) la transmettre obligatoirement à l'infirmière.
- ✓ Si inaptitude temporairement à l'Education Physique : se présenter en cours d'EPS et fournir un certificat médical au professeur.

Vaccinations

Une vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite (DTP) **est obligatoire en France** (le dernier rappel doit dater de moins de cinq ans). Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, faire vacciner l'enfant dès maintenant sauf contre-indication mentionnée sur le certificat médical.

Merci de joindre la copie des pages vaccination du carnet de santé de votre enfant.

Questionnaire médical

La famille est invitée, dans l'intérêt de l'enfant à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous :

 Date de la dernière vaccination antitétanique : _____

 L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ? _____

 A-t-il une maladie chronique ou un problème de santé ?

 OUI ☐ NON ☐ Si oui laquelle ou lequel :

 Fait-il des allergies ? précisez : (y compris contre-indication à certains médicaments)

 Quel est son traitement (y compris traitement saisonnier ou occasionnel) ?

 Nom, adresse, numéro de téléphone du **médecin traitant** :

Donner tous les autres renseignements qui pourraient être utiles à l'infirmière (asthme, malaises, troubles nerveux, troubles cardiaques, convulsions, épilepsie, diabète, traitement en cours, séquelle d'accident en cours...) : _____

Si l'élève suit actuellement un traitement médical, celui-ci doit être déposé à l'infirmière avec l'ordonnance actualisée du médecin traitant.

 L'élève fait-il déjà l'objet :

☐ D'un P.P.R.E (Programme Personnalisé de Réussite Éducative)

☐ D'un P.A.P (Plan d'Accompagnement Personnalisé)

☐ D'un P.P.S (Projet Personnalisé de Scolarisation)

 A-t-il un trouble du langage oral ou écrit (dyslexie...)?

Si oui, précisez : _____

 Est-il ou a-t-il été pris en charge par :

Un orthophoniste : ☐ OUI ☐ NON

Un psychologue ou psychiatre : ☐ OUI ☐ NON

Un psychomotricien : ☐ OUI ☐ NON