

Nom de l'établissement : **Lycée Polyvalent Léopold ELFORT**

Année Scolaire : **2018-2019**

Nom de l'élève : Prénom :
 Classe : Date de naissance :

Nom et Adresse des parents ou du représentant légal :

N° de Sécurité Sociale :

N° 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 :**

☎ Domicile :	☎ Portable :
☎ Travail du père :	☎ Portable :
☎ Travail de la mère :	☎ Portable :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

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

.....

*** Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'établissement, veuillez renseigner la fiche médicale confidentielle jointe et la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin scolaire et ou de l'infirmière scolaire.**

*** En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté (par le médecin régulateur du SAMU) 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.**

*** Élève interne : si l'élève doit consulter un médecin pendant la semaine, les parents donneront l'autorisation à l'infirmière de l'établissement pour qu'elle l'accompagne chez un médecin à Mana.**

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION

Les élèves sont priés de joindre les photocopies des certificats de vaccinations suivantes :

* Vaccin antitétanique : Date du dernier rappel :
 * Vaccin contre la fièvre jaune : Date :

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et ou de l'infirmière scolaire)

Nom de l'élève : Prénom :
 Classe : Date de naissance :

➤ Vision : Lunettes : oui non lentilles : oui non

➤ Audition : Bonne : oui non Mauvaise : oui non

➤ Quelles maladies votre enfant a-t-il eues ?

➤ Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?
 Si oui lesquelles :

➤ Votre enfant est-il diabétique ? oui non

➤ Votre enfant est-il épileptique ? oui non

➤ Votre enfant est-il asthmatique ? oui non

➤ Votre enfant est-il drépanocytaire ? oui non

➤ Votre enfant suit-il un traitement ? oui non

Si oui lequel ?

➤ Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? oui non

Si oui lequel ?

Pourquoi ?

Prescrit par un médecin ? oui non

ALLERGIES

➤ Votre enfant est-il allergique ? oui non

Si oui :

à des médicaments ?

à des produits alimentaires ?

à un autre produit ?

Citez lesquels :

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus : Á Le :

Signature des parents ou représentant légal :

Fiche à compléter 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.

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), conformément à la circulaire n°2003-135 du 08 Septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période,

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,
Le représentant légal,

Date :

Signature :