

FICHE CONFIDENTIELLE

202....-202....

Date de naissance :

NOM :

Classe :

Prénom :

Interne

Demi - pensionnaire

Externe

Etablissement fréquenté l'année précédente :

Maladie dont vous souffrez :

Traitement :

Médecin prescripteur (n° de téléphone):

En fonction des renseignements fournis et si nécessaire, vous serez contacté par le médecin scolaire ou l'infirmière pour établir un projet d'accueil individualisé (conformément à la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des personnes atteintes de troubles de la santé évoluant sur une longue période).

Inaptitude totale ou partielle à la pratique du sport :

Votre enfant a-t-il une inaptitude à la pratique du sport ?

Totale

Partielle

Pourquoi ?

➤ **Retirer le document spécifique à remplir par le médecin auprès de l'infirmière du lycée.**

<u>Vaccins :</u>	Date du dernier rappel
Hépatite B	
BCG	
DT Polio	
ROR (Rougeole Oreillons Rubéole)	

Traitements :

Votre enfant a-t-il un traitement ?

Votre enfant a-t-il un PAI ? oui non

Votre enfant a-t-il des allergies ? oui non

Lesquelles ?

Est-il suivi en consultation spécialisée ?

oui

non

Laquelle ?

Pour tout nouvel élève merci de nous signaler si votre enfant a un PAP (projet accompagnement personnalisé) ?

oui → Joindre le justificatif

non

Conformément au chapitre IV alinéa 1 du règlement intérieur, les élèves ne sont pas autorisés à conserver sur eux des médicaments, sauf prescriptions particulières. En cas de traitement, les médicaments ainsi que l'ordonnance médicale seront déposés auprès de l'infirmière qui contrôlera l'emploi. Dans les cas contraire, l'administration décline toute responsabilité en cas d'accidents.

➤ **Pour tout problème de santé, vous pouvez joindre l'infirmière du lycée.**

A, le

Signature :