



ÉDUCATION NATIONALE  
ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR  
ET RECHERCHE



4 Avenue Nelson Mandela  
66700 ARGELES SUR MER

**NOM :**

**PRENOM :**

**CLASSE :**

**DOSSIER INFIRMIER  
A USAGE SCOLAIRE  
CONFIDENTIEL**

**RENSEIGNER DE MANIERE LISIBLE LES PAGES SUIVANTES  
ET LA  
" DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL "**

**DOSSIER A RAMENER LE JOUR DE LA RENTREE**

# FICHE D'INFIRMERIE

NOM DE L'ELEVE : ..... Prénom : .....

Date et Lieu de naissance : .....

ADRESSE de la FAMILLE :

.....  
.....

☎ .....  
.....

Profession du père : .....

Employeur : ..... ☎ .....

Profession de la mère : .....

Employeur : ..... ☎ .....

NOM du MÉDECIN de FAMILLE :

.....

Adresse : .....

..... ☎ .....

**TOUT MEDICAMENT** (Même pour les maladies virales : grippe, angine, gastro-entérite...) **DOIT** ETRE DEPOSÉ A L'INFIRMERIE ACCOMPAGNÉ DE L'ORDONNANCE MEDICALE.

Afin d'assurer un meilleur suivi médical, il serait souhaitable que vous informiez l'infirmerie des problèmes de santé de votre enfant, notamment s'il souffre de :

DIABETE

ASTHME

EPILEPSIE

RHUMATISMES

ALLERGIES

Lesquelles ? .....

Comment se manifestent-elles ?

.....

.....

TROUBLES VISUELS

TROUBLES AUDITIFS

TROUBLES MOTEURS

AUTRES : Précisez .....

.....

**Un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) est possible à la demande des parents en cas de pathologie nécessitant une surveillance, un aménagement ou des soins particuliers. Contactez l'infirmerie.**

Votre enfant suit-il un traitement (en rapport avec cette maladie ? ou autres ?)

OUI     NON    Lequel ? .....

.....

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmerie de l'établissement.

**INTERVENTIONS CHIRURGICALES**

A-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ?

OUI

NON

Lesquelles ? .....

Dates .....

**POUR LES ELEVES MAJEURS : SI LES PARENTS ne peuvent venir les CHERCHER à l'INFIRMERIE.**

J'accepte que

Je n'accepte pas que

**Mon Fils, ma Fille (1)**

**NOM et Prénom :** .....

Elève Majeur inscrit dans la classe de : .....

Résidant à :

.....

QUITTE L'INFIRMERIE après avoir signé le cahier de départ afin de

REGAGNER SON/NOTRE DOMICILE par ses propres moyens,

CONSULTER Le MEDECIN de son choix.

**Je DEGAGE l'ADMINISTRATION du LYCEE de TOUTE RESPONSABILITE.**

Fait à .....

le .....

Signatures :

LES PARENTS :

L'ELEVE MAJEUR :

(1) RAYER LES MENTIONS INUTILES

**E.P.S. :**

Si dispense au long cours, demandez à votre Professeur d'éducation physique un imprimé de dispense d'EPS aux examens que vous apporterez dûment complété à l'infirmerie. Toutes les dispenses sont à amener à l'infirmerie.

**Tiers-temps :**

Les bénéficiaires ou demandeurs de tiers-temps aux examens doivent se faire connaître le plus rapidement possible auprès du secrétariat des élèves. Des dates sont à respecter.

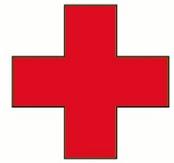
**Les élèves internes de 16 ans révolus sont invités à prendre contact auprès de leur CPAM pour obtenir leur propre carte vitale.**

**PHOTOCOPIE VACCINATIONS OBLIGATOIRES :**

**DT POLIO + ROR (conseillé)**

# FICHE D'URGENCE MEDICALE

(A compléter par les parents) \*



NOM DE L'ETABLISSEMENT : LYCÉE C. BOURQUIN

ANNEE SCOLAIRE : 2015/2016

NOM : ..... PRENOM : .....

CLASSE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....

NOM ET ADRESSE DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LEGAL : .....

NOM, ADRESSE ET TELEPHONE DU CORRESPONDANT (Obligatoire si interne) : .....

N° ET ADRESSE DU CENTRE DE SECURITE 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 :

1. N° de téléphone du domicile : ..... Portable : .....

2. N° du travail du père : ..... Poste : .....

3. N° du travail de la mère : ..... Poste : .....

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

**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté 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 ou du correspondant.**

**En aucun cas, un personnel de l'établissement ne peut être dépêché pour rapatrier l'élève dans l'établissement.**

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** .....

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

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

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :** .....

\* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmier de l'établissement.

## DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

(A compléter uniquement par les élèves qui  
n'étaient pas scolarisés l'année précédente au  
Lycée Christian BOURQUIN)

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... Lieu : .....

**Vous entrez en classe au Lycée Christian BOURQUIN :** .....

### SCOLARITÉ ANTERIEURE :

ANNÉE SCOLAIRE	CLASSE	NOM & ADRESSE du Collège ou Lycée
	6 <sup>ème</sup>	
	5 <sup>ème</sup>	
	4 <sup>ème</sup>	
	3 <sup>ème</sup>	
	2 <sup>de</sup>	
	1 <sup>ère</sup>	
	Terminale	

NOM ET ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT FREQUENTÉ L'AN DERNIER :

.....

..... Classe : .....

### **CADRE RESERVÉ A L'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT D'ORIGINE**

Date de la réponse : .....

En retour (1) :  Dossier complet  Dossier incomplet  Dossier non retrouvé

Autre raison du non renvoi : .....

.....

Cet imprimé, une fois complété, doit être remis avec le dossier infirmier ou renvoyé avec le Dossier Médical sous pli portant la mention **CONFIDENTIEL** au : Lycée Christian BOURQUIN. Avenue Nelson Mandela. 66700 ARGELES SUR MER

(1) : Cochez la case correspondante