

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE CONFIDENTIELLE**

**INSCRIPTION : A faire compléter par le médecin**

**REINSCRIPTION : A COMPLETER PAR LES PARENTS**

Afin de répondre au mieux aux besoins de santé de votre enfant, vous ferez compléter cette fiche par votre médecin et vous la joindrez sous enveloppe cachetée adressée à l’infirmière. Les informations contenues sont protégées par le secret médical.

**I – IDENTITE L’ELEVE**

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse mail des responsables : 1-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexe : Garçon 🞏 Fille 🞏

**II – VACCINATIONS**

Joindre à cette fiche une **photocopie de tous les carnets de vaccination** (**obligatoire**)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vaccins | Date du dernier vaccin | Numéro du lot | Date du prochain rappel |
| BCG |   |   |   |
| IDR |   |   |   |
| DTP - DULTAVAX |   |   |   |
| FIEVRE JAUNE |   |   |   |
| MENINGITE ACW135 |   |   |   |
| TYPHOIDE |   |   |   |
| HEPATITE B |  |  |  |
| ROR |   |   |   |

**III – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

* **Y-a-t-il des problèmes médicaux dans la famille (parents, frères, sœurs) ?**

Diabète 🞏 Hypertension 🞏 Problèmes cardiaques 🞏

Problèmes pulmonaires 🞏 Drépanocytose 🞏

🞏Autres, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **L’ enfant a-t-il eu des difficultés dans la petite enfance ?**

NON 🞏 OUI 🞏

Si oui, indiquez lesquelles (marche, langage, traumatisme psychologique, accident…) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **L’ enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?**

NON 🞏 OUI 🞏

Si oui, en quelle année ? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **L’enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Maladie | Année | Maladie | Année | Maladie | Année |
| 🞏 Varicelle🞏 Rougeole🞏 Rubéole🞏 Méningite🞏 Coqueluche🞏 Oreillon | ………..………...………...………..………..……….. | 🞏 Hépatite (A-B-autre)🞏 Diabète🞏 Asthme🞏 Crise de tétanie🞏 RAA🞏 Poliomyélite🞏 Drépanocytose | ………….………….………….………….………….………….…………. | 🞏 Perte de connaissance🞏 Convulsions🞏 Epilepsie🞏 Saignement de nez🞏 Verrues plantaires🞏 Autres (précisez) | ………..………...………..………..………..……….. |

* **L’enfant a-t-il actuellement un de ces problèmes ?**

Bégaiement, dyslexie : NON 🞏 OUI 🞏

Suivi orthophonique : NON 🞏 OUI 🞏

Déficience auditive : NON 🞏 OUI 🞏

Porte t-il des lunettes ? : NON 🞏 OUI 🞏

Indiquez le défaut de vision : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problème de dos : NON 🞏 OUI 🞏

Handicap : NON 🞏 OUI 🞏

Indiquez lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Suivi orthopédique : NON 🞏 OUI 🞏

Difficultés psychologiques NON 🞏 OUI 🞏

Indiquez lesquelles : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Suivi psychologique : NON 🞏 OUI 🞏

Autres problèmes, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **L’enfant est :** Droitier 🞏 Gaucher 🞏
* **L’enfant est-il allergique à :**

Certains médicaments : NON 🞏 OUI 🞏

Indiquez lesquels : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certains aliments : NON 🞏 OUI 🞏

Indiquez lesquels : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autre : NON 🞏 OUI 🞏

Précisez (insectes, poussière) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV – TRAITEMENT ACTUEL SUIVI PAR L’ÉLÈVE**

* **Prend-il régulièrement un anti-paludéen ?** NON 🞏 OUI 🞏

Indiquez lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dort-il sous moustiquaire ? NON 🞏 OUI 🞏

A-t-il des crises de paludisme fréquentes ? NON 🞏 OUI 🞏

* **Prend-il un autre traitement régulièrement ?** NON 🞏 OUI 🞏

Si oui, précisez lequel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pour quelle maladie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Depuis quand : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La date prévue pour l’arrêt du traitement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S’agit-il d’un traitement de médecine traditionnelle ? NON 🞏 OUI 🞏

**V – GROUPE SANGUIN : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Avec photocopie des deux déterminations si possible

**VI – PROBLEMES OU EVENEMENTS PARTICULIERS**

L’enfant a-t-il été confronté récemment à un événement ou à un problème particulier (naissance, décès d’un proche, divorce, rapatriement, problème de santé ...)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VII – AUTRES REMARQUES**

N’hésitez pas à faire part de vos inquiétudes, de vos souhaits, de vos remarques concernant l’enfant :

Les infirmières scolaires sont à la disposition des familles pour tout renseignement ou tout conseil concernant leur enfant. Les familles peuvent les rencontrer à l’infirmerie, prendre rendez-vous avec elles par courrier ou par téléphone.

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cachet et signature du médecin (dans le cas d’une nouvelle

inscription)

ou signature des parents (dans le cas d’une réinscription)



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 **FICHE FAMILIALE D’URGENCE ANNUELLE ET NON CONFIDENTIELLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VOS ENFANTS INSCRITS DANS L’ETABLISSEMENT |  |  |
| NOM | Prénom | Sexe | Classe | Date du dernier rappel DTP | Observations utiles \* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* **Où vous joindre ?**

En cas d’accident, l’établissement s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez indiquer les numéros de téléphone auxquels vous êtes joignables :

 Père : Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mère  Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tuteur  Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bureau : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Un voisin, un parent :

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Votre médecin traitant**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et adresse du a médical : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone du cabinet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\**** *les renseignements complémentaires confidentiels sont à transmettre sous enveloppe fermée adressée à l’infirmière.*

* **Autorisation de soins donnée à l’infirmière**

Un élève indisposé ou légèrement blessé est pris en charge par l’infirmière scolaire qui pourra être amenée à lui donner un médicament ou à lui faire un soin en accord avec le protocole national sur l’organisation des soins et des urgences dans les établissements scolaires, BOEN .hors série N°1 du 06/01/2000.

Je soussigné(e) (nom, prénom) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **autorise**  **🞏** **n’autorise pas** **🞏**

L’infirmière scolaire à donner des médicaments ou à prodiguer des soins à mon (mes) enfant(s).

Signature du père Signature de la mère Signature du tuteur,

**ATTENTION :**

1. **en cas de refus d’intervention ou de non réponse, les parents seront simplement avisés par téléphone de l’état de santé de leur(s) enfant(s) et pourront le(s) prendre en charge à l’infirmerie du lycée.**
2. **en cas d’urgence, il sera fait appel au SAMU. En concertation avec les parents, le médecin décide du centre médical où est dirigé l’élève.**



**Elèves à besoins éducatif particuliers**

**Fiche de demande de la famille**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable légal de l’enfant :

NOM et prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ Classe en 2017-2018 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

demande la mise en place ⬜ la poursuite ⬜

ne demande pas de suivi spécifique ⬜

* **d’un Projet personnalisé de scolarisation (PPS)**

Le PPS s’adresse aux élèves reconnus « handicapés » en France  par la Commission des Droits et de l’Autonomie (CDA) relevant de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Selon sa sévérité, la dyslexie peut être reconnue comme handicap.

* **d’un Projet d’accompagnement personnalisé (PAP)**

Le PAP concerne les élèves atteints de troubles des apprentissages évoluant sur une longue période sans reconnaissance du handicap : trouble spécifique du langage (dyslexie, dysphasie, dyspraxie…)

* **d’un Projet d’accueil individualisé (PAI)**

Le PAI concerne les élèves atteints de trouble de la santé évoluant sur une longue période sans reconnaissance du handicap : pathologies chroniques, allergies, intolérance alimentaire…

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature des responsables légaux,