**FICHE de Renseignements Médicaux**

***DOCUMENT CONFIDENTIEL*** *à remplir par les familles/*

***Si problème médical à déclarer***

**Lycée René Auffray**

**Infirmerie** année scolaire : **2024/2025**

**Tél. 01.49.68.91.22**

**Classe :**

***NOM et Prénom de l’élève*** : ……………………………………………………………………..

***Date et lieu de naissance*** : ……………………………………………………………………….

*Nom des Parents ou Tuteurs* : ………………………………………………………………….

***Adresse***: N°………. Rue …………………………………………………………………………….

Ville ……………………………………Code Postal :……………………………………………..

***Profession des parents*** *(père)* : ………………………… *(mère)* ……………………….

*Situation de famille* des parents: célibataire- marié(e)- veuf(e)- divorcé(e) - autre

{rayer les mentions inutiles}

***Numéro de sécurité sociale de l’élève*** *(obligatoire pour les déclarations d’accident) : …………………………………………………………………………………………………………………*

**EN CAS D’URGENCE : à quel numéro de TELEPHONE peut-on vous joindre ?**

***Domicile***: …………………………………*Lieu de travail* - *Père* :………………………………

 *- Mère : ……………………………..*

***Numéro de portable père*** :……………………………………….

***Numéro portable mère :*** ………………………………………….

 *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.

*Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (****photocopie du carnet de vaccination complet à******joindre obligatoirement) :***

………………………………………………………………………………

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

..............................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**AMENAGEMENTS, PAI/PPS** :( **Prendre contact avec l’infirmière** à la rentrée, et apporter le PAI (lien pour Télécharger les formulaires à faire signer par votre médecin )

<https://eduscol.education.fr/1207/la-scolarisation-des-enfants-malades>

………………………………………………………………………………………………………………………….

*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’intention du médecin ou de l’infirmière de l’établissement.*

Signature des parents

