

# Lycée professionnel Pétro ATTITI

## - 2021 -

### FICHE INFIRMERIE non confidentielle

NOM de l'élève : ..... Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à ..... Garçon :  / Fille :

Adresse complète : .....

Code postal : ..... Ville ou localité : .....

N° mobilis de l'élève : .....

EXTERNE :                       DEMI-PENSIONNAIRE :                       INTERNE:   
 (cocher la case correspondante)

### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE : (OBLIGATOIRE)

Nom+Prénom (père)	Nom+Prénom (mère)	Nom+Prénom (correspondant)	Nom+Prénom (tuteur légal)
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
Tél dom : .....	Tél dom : .....	Tél dom : .....	Tél dom : .....
Tél trav : .....	Tél trav : .....	Tél trav : .....	Tél trav : .....
Mobilis : .....	Mobilis : .....	Mobilis : .....	Mobilis : .....

**Médecin traitant** : Dr ..... lieu : ..... téléphone :

Aide Médicale : A ou B Sud/Nord/Iles N°.....	CAFAT/RUAM N°.....	MUTUELLE ..... N°.....
--	-----------------------	------------------------------

**En cas d'urgence, l'élève accidenté ou malade est transporté par ambulance ou par SAMU vers l'hôpital le mieux adapté à son cas. Le lycée Pétro ATTITI s'efforce d'avertir la famille le plus rapidement possible grâce aux contacts ci-dessus.**

### Autorisation d'opérer (à remplir obligatoirement) :

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... Père / Mère / représentant légal  
de l'élève ..... autorisons l'anesthésie et l'intervention  
chirurgicale de notre enfant en cas d'urgence.

Fait le : ..... à : .....

Signature du représentant légal (obligatoire)

Autres observations particulières et non confidentielles que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement : .....

.....

.....

# Fiche de santé confidentielle- 2021

NOM de l'élève : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

(si nécessaire : à adresser sous pli confidentiel à l'infirmière)

*En cas de traitement, celui-ci devra être remis à l'infirmierie obligatoirement avec une ordonnance et la conduite à tenir.*

*Toute dispense total ou partielle doit être validée par un certificat médical et remis au professeur EPS et à l'infirmierie.*

OUI NON

## PROBLEME PULMONAIRE :

\*Asthme .....

Autre lequel ? .....

\* Traitement anti-asthme à avoir sur soi en permanence.  
Prévenir impérativement les professeurs et le professeur d'EPS.

## PROBLEME CARDIAQUE :

\* Rhumatisme articulaire aigu (ou RAA) .....

\* Souffle au cœur .....

Autre lequel ? .....

\* Suivi par un Cardiologue ? :  
oui  / non

Dr : .....

Téléphone : .....

Epilepsie .....

Spasmophilie .....

Diabète .....

Migraines .....

Lombalgies chroniques .....

Autre lequel ? .....

Dr : .....

Traitement : .....

.....

## PROBLEME VISUEL :

Myopie .....

Astigmatisme .....

Hypermétropie .....

Diplopie .....

Daltonisme .....

Autre lequel ? .....

Lunettes

## PROBLEME AUDITIF :

Surdité .....

Otites .....

Autre lequel ? .....

Prothèses auditives / drains en place ?  
oui  / non

Type de prothèse : .....

Droite  Gauche  Bilatérale   
(cocher la case correspondante)

## HANDICAP :

Lequel ? .....

Taux d'handicap évalué à : ..... %

Date de la dernière commission d'évaluation : .....

Langue des signes : oui  / non

Codage : oui  / non

## ALLERGIES :

Lesquelles ? .....

Observations particulières relatives au

handicap : .....

.....

En cas d'allergie sévère nécessitant un traitement d'urgence : fournir un certificat médical

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Psychologique .....  
 Par un éducateur .....  
 \* Orthophonique .....  
 En famille d'accueil ou foyer .....

**\* Pour toute demande de dossier APTA, de tiers-temps, fournir à la rentrée scolaire un bilan orthophonique récent. Contacter le Proviseur Adjoint, le professeur principal et l'infirmière en début d'année scolaire 2021.**

. Quel foyer ? .....  
 . Téléphone : .....

**AUTRE PROBLEME DE SANTE OU INFORMATIONS PARTICULIERES QUE VOUS SOUHAITEZ SIGNALER :**

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

Dr : .....  
 Spécialité : .....  
 Téléphone : .....

Traitement journalier : .....  
 .....  
 .....

**Interventions chirurgicales prévues ?**  
 oui  / non

**Dates 2021 :** .....  
 .....  
 .....

**Votre enfant doit-il être évasané?**  
**régulièrement ?** oui  / non

**Lieu retenu, hôpital et service :**  
 .....  
 .....  
 .....

**En fonction de tous ces renseignements, vous pouvez demander à ce que soit établi entre vous, le médecin traitant (ou spécialiste), l'infirmière scolaire et l'équipe pédagogique, un Projet d'Accueil Individualisé (ou P.A.I.), conformément à la Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants atteints de troubles de la santé et évoluant sur une longue durée.**

**. Demande de P.A.I. : non  oui  : pour pathologie ou handicap suivant : .....**

**. Pratique de l'EPS: oui  \* partielle  : préciser si possible : ..... \*non**   
 .....

**Fait le : ..... à .....**

**Signature du représentant légal :**