



Année scolaire 2017-2018
FICHE MEDICALE
(en cas d'hospitalisation)

Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez les joindre, sous enveloppe fermée, à l'attention du médecin scolaire ou de l'infirmière scolaire.

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 informée, par nos soins, et par les moyens les plus rapides. Un élève mineur ne pourra sortir de l'hôpital qu'accompagné de ses parents.

NOM : Prénoms :

Né(e) le : Commune de naissance :

Etablissement d'origine :

Classe : Classe l'année dernière :

Coordonnées des Parents

Père

NOM : Prénom :

Adresse :

☎ Fixe : ☎ Portable :

☎ Travail : Signature :

Mère

NOM : Prénom :

Adresse :

☎ Fixe : ☎ Portable :

☎ Travail : Signature :

Nom et ☎ d'une personne à contacter si vous êtes injoignables :

Composition de la famille

NOM	Prénom	Date de naissance	Scolarité
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Situation familiale particulière (séparation, divorce, veuvage, remariage,...) :

Pathologies (cochez la/les case(s) correspondant à la situation du jeune) :

Allergie Asthme Diabète Epilepsie Autre, précisez :

Traitement en cours * : Intolérance à un médicament :



* Tous les médicaments doivent être déposés à l'infirmerie, avec l'ordonnance ou sa copie. Il est interdit de détenir des médicaments à l'internat (cf. le règlement intérieur).

⇒ **Les vaccinations suivantes sont recommandées :**

- vaccination antitétanique, antidiphtérique, antipoliomyélitique, anticoquelucheuse (DTC-Polio) ;
- vaccination contre l'Hépatite B ;
- vaccination contre le Papillomavirus (pour les jeunes filles à partir de 14 ans) ;

⇒ **Pour les élèves du Lycée Professionnel : obligation stricte d'un rappel de la vaccination antitétanique inférieur à 5 ans (joindre une photocopie des vaccinations).**

(2 injections du vaccin R.O.R. sont conseillées)

Autorisation de soins

Je soussigné(e), Nom, Prénom :

Lien de parenté :

Responsable légal de : , élève au lycée Savina, autorise le Proviseur à prendre,

sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident de l'élève, toutes les mesures d'urgence, y compris,

éventuellement, l'hospitalisation*.

Fait à .Le

Signature

*En cas de prise en charge d'urgence, l'établissement prévient la famille le plus rapidement possible afin de permettre la mise en relation rapide avec les professionnels de santé de la structure d'accueil. Par ailleurs, une copie de cette fiche sera remise au service d'urgence.

Nom, adresse et téléphone de votre médecin traitant :

N° de sécurité sociale de l'assuré :.....Caisse :.....

Pour les élèves bénéficiant de l'aide médicale gratuite, faire une photocopie de la carte.