

**INFORMATIONS AUX FAMILLES :**

☞ En l'absence de personnel soignant (infirmier) dans l'établissement, les élèves peuvent être pris en charge par la CPE, le personnel de vie scolaire, le responsable de la Résidence des internes et les enseignants.

Aucun médicament relevant d'une prescription médicale ne sera détenu dans le point santé sans ordonnance médicale ou protocole PAI.

Seuls les médicaments prescrits par un médecin peuvent être en possession d'un élève. Pour toute prescription médicale, l'élève devra avoir l'ordonnance sur lui et en fournir une photocopie.

Pour rappel, l'infirmière est seule habilitée à apporter des soins et à délivrer des médicaments (cf. protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les EPLE publié au BO Hors-Série n°1 du 6/01/2000).

☞ Lorsqu'un élève n'est plus en mesure de suivre les cours, le lycée prend contact avec sa famille pour qu'il puisse réintégrer son domicile.

☞ En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Dans une situation d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.** Pour les internes, en cas d'impossibilité de contacter la famille (ou le représentant légal) **il pourra être engagé des moyens de transports à la**

IDENTITE ELEVE

CLASSE	<input type="text"/>
NOM	<input type="text"/>
PRÉNOM	<input type="text"/>
DATE et LIEU DE NAISSANCE	<input type="text"/> <input type="text"/>
SEXE	<input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
N° de Sécurité Sociale OBLIGATOIRE Si – de 16 ans indiquez le numéro de SS sous lequel l'enfant est rattaché	<input type="text"/>

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ELEVE**VACCINATIONS**

☞ Pour être efficace, ces vaccinations doivent répondre au calendrier vaccinal en cours

DTP	Date de la dernière injection <input type="text"/> <input type="checkbox"/> A Jour <input type="checkbox"/> A Renouveler
Hépatite B	Date de la dernière injection <input type="text"/> <input type="checkbox"/> A Jour <input type="checkbox"/> A Renouveler

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

☞ Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé de votre enfant.

L'élève suit-il un traitement médical ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
☞ Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) ☞ aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.	
ALLERGIES :	<input type="checkbox"/> MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> ASTHME <input type="checkbox"/> AUTRES
☞ Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir ☞ si automédication, le signaler.	
<input type="text"/>	

DIFFICULTES DE SANTE


Indiquez ci-après les observations particulières (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, prothèses...) que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement en précisant les dates et les **précautions à**

prendre.

Projet d'Accueil Individualisé (PAI) et Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)

☞ Il s'agit d'aménagements scolaires en réponse à la situation personnelle de l'élève (troubles de santé invalidant, asthme, allergies, intolérance alimentaire, trouble de l'apprentissage, troubles DYS ...)

☞ Merci de cocher si votre enfant est concerné (joindre le document)

 Pour toute demande ou renouvellement PAI, PAP, veuillez contacter dès la rentrée, la CPE

P.A.P. (Plan d'Aménagement Personnalisé)

Mise en place nécessaire

OUI

NON

Renouvellement

OUI

NON

P.A.I. (Plan d'Accueil Individualisé)

Mise en place nécessaire

OUI

NON

Renouvellement

OUI

NON

RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE

MÈRE

NOM ET PRÉNOM

Adresse

Code postal

Commune

Tél.

Tél. portable

PÈRE

NOM ET PRÉNOM

Adresse

Code postal

Commune

Tél.

Tél. portable

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM

Tél.

Lien de parenté

Tél. portable

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Docteur

Tél.

Adresse

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné (e), responsable légal de l'élève, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la direction du Lycée des Métiers Ste Anne à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'élève.

DATE

Signature des parents ou des Responsables légaux
Précédée de la mention « Lu et approuvé »