

**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		
NOM		
PRÉNOM		
DATE et LIEU DE NAISSANCE		
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		

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

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

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

L'élève suit-il un **traitement médical** ? OUI 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 : MEDICAMENTEUSES ALIMENTAIRES
 ASTHME AUTRES

☞ Précisez la **cause** de l'allergie et la **conduite à tenir** ☞ **si automédication, le signaler.**

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	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
	Renouvellement	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
P.A.I. (Plan d'Accueil Individualisé)	Mise en place nécessaire	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON
	Renouvellement	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON

RESPONSABLE DE L'ELEVE

MÈRE		PÈRE	
NOM ET PRÉNOM	<input type="text"/>	NOM ET PRÉNOM	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Commune	<input type="text"/>	Commune	<input type="text"/>
Tél.	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Tél. portable	<input type="text"/>	Tél. portable	<input type="text"/>

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM	<input type="text"/>	Lien de parenté	<input type="text"/>
Tél.	<input type="text"/>	Tél. portable	<input type="text"/>

NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Docteur	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature des parents ou des Responsables légaux		
Précédée de la mention « Lu et approuvé »		