

# FICHE DE SANTÉ

Confidentiel, à remettre sous enveloppe cachetée  
A l'usage de l'infirmière

## LYCÉE JEAN MONNET

1, place de Lattre de Tassigny  
BP 241  
74106 ANNEMASSE CEDEX  
Tel : 04.50.87.18.36  
Fax : 04.50.87.12.97

Fiche remplie le :

Nom de l'élève :

Prénom :

Né le :

à :

Nationalité :

Classe :

Interne

1/2 pensionnaire

Externe

Adresse :

N° sécurité sociale :

Téléphone (en cas d'urgence) :

Domicile :

Travail du père :

Portable :

Travail de la mère :

Portable :

Autre personne susceptible de vous prévenir :

Nom :

Tel :

Nom, prénom, profession du père :

Nom, prénom, profession de la mère :

Nombre d'enfants et âges :

### Autorisation de soins

Je soussigné(e), Nom :  Prénom :   
**Déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence il sera fait appel au SAMU(15) et que le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant. Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.**

Signature : Père :  Mère :  Tuteur :

**Si l'enfant est inapte partiellement ou totalement à l'éducation physique il devra fournir un certificat médical.**

### Vaccinations :

Une vaccination antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique complète est exigée pour l'admission. S'il y a une contre-indication, fournir un certificat médical.

Veillez donner les dates de vaccinations et des rappels ou donner une **photocopie du carnet de santé.**

### Date vaccins obligatoires :

DT Polio :

BCG et IDR :

### Date vaccins recommandés :

ROR : dose n°1  dose n°2

Hépatite B :

Nom, adresse, n° téléphone du médecin de famille :

### Renseignements divers :

La famille est invitée, dans l'intérêt de l'enfant, à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous :

Groupe sanguin (s'il est connu) :

L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ?

Si oui, laquelle ?

A-t-il eu ces maladies ?

Oreillons :  Hépatite :

Rubéole :  Varicelle :

Rougeole :  Scarlatine :

Fait-il des **allergies** ?  oui  non

Si oui, à quoi ?

A-t-il bénéficié d'un **PAI** (Protocole d'accueil individualisé) :  oui  non

si oui, indication médicamenteuse avec ordonnance du médecin traitant en cas de crise et contre indication médicamenteuse :

Donner tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'infirmière (asthme, convulsions, épilepsie, diabète, malaises, troubles nerveux, troubles cardiaques, traitement en cours, séquelles d'accidents,...)

Si l'enfant suit actuellement un traitement médical, celui-ci doit être déposé à l'infirmier avec l'ordonnance actualisée du médecin traitant.

**Handicap** : Visuel  Auditif  Statique  Langage   
(dys.....)

**Dernier établissement scolaire fréquenté :**