

Lycée des Métiers Le Corbusier

ANNEE 2023/2024

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

A remettre sous enveloppe cachetée à l'intention de l'infirmière.

NOM CLASSE
PRENOM Date de naissance

Votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament pendant le temps scolaire, laquelle ?.....
Traitement actuel
- Atteint d'une allergie, précisez la nature
- Présente –t-il une contre-indication médicamenteuse ?.....
- A-t-il déjà subi des opérations chirurgicales ? (Nature et dates)
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire ?
Précisez
- Votre enfant bénéficie-t-il d'un aménagement de la scolarité ? Oui non
 PAP PAI PPS MDPH

Observation complémentaires (dyslexie, dysgraphie.....) :.....

Médecin traitant Tél
Adresse :

Votre enfant peut être amené à devoir prendre **un traitement médicamenteux** : il doit impérativement se présenter à l'infirmier **avec ordonnance et le traitement** pour la journée ou la semaine si interne. L'infirmière décidera s'il peut le garder sur lui ou le laisser à l'infirmier dans un endroit sécurisé. La distribution de médicaments vers d'autres élèves est strictement interdite.

Autorisation de transport :

Je soussigné(e) Monsieur et/ou Madame.....autorise le chef d'établissement ; le CPE ou l'infirmière à prendre les décisions de soins nécessaires : appel du 15 et transport par les pompiers ou ambulance vers l'hôpital de Soissons en cas de nécessité.

DATE..... SIGNATURE.....

Documents à joindre à cette fiche :

- Une photocopie des vaccinations (certificat de vaccination DT POLIO Obligatoire)
- Une photocopie de l'attestation de sécurité sociale et mutuelle ou CMU

Je soussigné....., représentant légal de l'élève.....

Déclare avoir pris connaissance de cette fiche et autorise le transfert du dossier médical de mon enfant au médecin scolaire de l'établissement.

DATE..... SIGNATURE