

## 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 charge des parents.

## IDENTITE ELEVE

|                                                                                                                        |                                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| CLASSE                                                                                                                 |                                                 |  |
| NOM                                                                                                                    |                                                 |  |
| PRÉNOM                                                                                                                 |                                                 |  |
| DATE et LIEU DE NAISSANCE                                                                                              |                                                 |  |
| SEXE                                                                                                                   | <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M |  |
| N° de Sécurité Sociale <b>OBLIGATOIRE</b><br>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="text"/><br><input type="checkbox"/> A Jour <input type="checkbox"/> A Renouveler                                             |
| Hépatite B | Date de la dernière injection <input type="text"/><br><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**.

|                      |
|----------------------|
| <br><br><br><br><br> |
|----------------------|

### 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"/> Commune <input type="text"/> | Code postal <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

Signature des parents ou des Responsables légaux

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

|                  |
|------------------|
| <br><br><br><br> |
|------------------|