



FICHE INFIRMERIE

2023/2024

Document **CONFIDENTIEL** à destination de l'infirmière de l'établissement.

(Si vous le souhaitez, vous pouvez le mettre sous enveloppe en notant « confidentiel, à l'attention de l'infirmière »)

Vous pouvez contacter l'infirmière directement sur sa ligne directe (04 79 25 87 87).

Cette fiche est demandée une seule fois pour toute la durée de la scolarité de l'élève.

Pour nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant, **il est de la responsabilité des parents de signaler à l'infirmière tout changement concernant l'état de santé de leur enfant** à tout moment de sa scolarisation au lycée Reinach.

Nom de l'élève :

Prénom :

Classe :

Né(e) le :

à :

Sexe : F M

Antécédents médicaux ou chirurgicaux (de façon exhaustive)

Allergies : Médicamenteuses : Autres :.....

Alimentaires* :..... Asthme – Si oui, s'agit-il d'un asthme sévère ?

(*Si allergie alimentaire : joindre un certificat médical)

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Problèmes de santé / Handicap : Si votre enfant présente une déficience (auditive, visuelle...), une difficulté d'apprentissage (dyslexie...) ou un trouble de la santé évoluant sur une longue période, veuillez préciser le type de handicap, le traitement suivi et/ou les aménagements sollicités.

Votre enfant a-t-il besoin d'un **PAI** (Projet d'Accueil individualisé)

PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)

PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)

Si oui, merci de bien vouloir joindre la copie de l'ancien PAI, PAP ou PPS et prendre contact avec l'infirmière.

Votre enfant présente-t-il une **inaptitude à la pratique de l'EPS** : Non

Oui : merci de fournir un certificat médical

Traitements / Observations :

LES TRAITEMENTS (EN COURS AU MOMENT DE LA RENTRÉE SCOLAIRE ET TOUT AU LONG DE L'ANNÉE) DOIVENT IMPÉRATIVEMENT ÊTRE REMIS À L'INFIRMIÈRE AVEC UN DUPLICATA DE L'ORDONNANCE.



VISITES MÉDICALES

Partie à compléter par l'établissement

Nom : _____ **Date de naissance :** _____

Prénom : _____

ATCD médicaux: _____

ATCD chirurgicaux : _____

Allergies : _____

| Date/classe | _/_/_ / | _/_/_ / | _/_/_ / | _/_/_ / |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| Vaccins : | | | | |
| Date dernier DTP | DTP : _/_/_ | DTP : _/_/_ | DTP : _/_/_ | DTP : _/_/_ |
| Nb inject. pour ROR | ROR : 0 - 1 - 2 |
| Prochain vaccin | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Poids/taille | _____ kg / _____ m |
| IMC | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Vue | OD : ___ / 10 OG : ___ / 10 Correction : OUI / NON | OD : ___ / 10 OG : ___ / 10 Correction : OUI / NON | OD : ___ / 10 OG : ___ / 10 Correction : OUI / NON | OD : ___ / 10 OG : ___ / 10 Correction : OUI / NON |
| Audition (A 30 db) | OD : 250 ___ 2000 ___ 500 ___ 4000 ___ 1000 ___ 8000 ___ OG : 250 ___ 2000 ___ 500 ___ 4000 ___ 1000 ___ 8000 ___ | OD : 250 ___ 2000 ___ 500 ___ 4000 ___ 1000 ___ 8000 ___ OG : 250 ___ 2000 ___ 500 ___ 4000 ___ 1000 ___ 8000 ___ | OD : 250 ___ 2000 ___ 500 ___ 4000 ___ 1000 ___ 8000 ___ OG : 250 ___ 2000 ___ 500 ___ 4000 ___ 1000 ___ 8000 ___ | OD : 250 ___ 2000 ___ 500 ___ 4000 ___ 1000 ___ 8000 ___ OG : 250 ___ 2000 ___ 500 ___ 4000 ___ 1000 ___ 8000 ___ |
| TA/Pouls | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ |
| Événements médicaux de l'année | | | | |
| Traitement en cours | | | | |
| Projet pédagogique/pro | | | | |
| Autre | Tabac : Alcool : Cannabis : ----- Sport : |
| Conclusion du médecin | | | | |