



2 - DOSSIER INFIRMIER 2022/2023

LYCEE
 BTS

Tout dossier incomplet sera retourné ou refusé

NOM de l'élève/étudiant : Prénom :

LYCEE classe de :

BTS classe de :

Joindre obligatoirement au dossier :

LYCEE & BTS

Pièces à fournir :

	Chaque année	A la 1ère inscription	Durant Toute la scolarité si changement
Photocopie de la carte d'identité de l'élève ou étudiant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie de l'attestation de sécurité sociale et de la carte vitale	<input type="checkbox"/>		
Photocopie de la carte mutuelle		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie des vaccinations à jour de l'élève ou étudiant			<input type="checkbox"/>
Feuille «Fiche d'urgence» et «Autorisation de traitement et d'intervention chirurgicale» ci-jointe complétée (recto-verso) et signée	<input type="checkbox"/>		
En cas de prise de traitement, joindre obligatoirement le duplicata de l'ordonnance à l'attention de l'infirmière	<input type="checkbox"/>		
Toutes pièces nécessaires à une éventuelle demande de dossier PAI, PAP, PPS ou aménagement d'examen selon document joint	<input type="checkbox"/>		

RAPPEL : L'infirmier n'est pas une pharmacie.

Les élèves malades en fin de semaine doivent voir leur médecin et/ou aller à la pharmacie durant le week-end puis revenir le lundi avec leur traitement à prendre et l'ordonnance s'il y a lieu.

FICHE DE SANTE année scolaire 2022 / 2023 LYCEE & BTS

Toute information confidentielle peut être envoyée sous pli fermé à l'attention de l'infirmière.

Nom et prénom de l'élève/étudiant : Classe :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

Allergie(s) :

Si votre enfant présente une allergie importante à un aliment, un produit ou à la piqûre d'abeille ou de guêpe pouvant mettre en jeu le pronostic vital (œdème de Quincke...) : **Demandez à votre médecin traitant une ordonnance précise de la conduite à tenir en cas de réaction allergique en tenant compte que nos élèves sont souvent en sortie pédagogique en pleine nature.**
Privilégiez les médicaments orodispersibles ou injectables ne nécessitant pas d'être conservés au frais et prévoyez une dose pour votre domicile plus une dose pour le lycée.

Traitement(s) :



IMPORTANT

Nous attirons votre attention sur les risques de dérive d'automédication, mais également de distribution de médicaments entre élèves avec les risques que cette pratique entraîne (allergies, surdosages, interactions médicamenteuses...).

En cas de traitement à suivre à l'internat (même ponctuel pour troubles occasionnels : type migraine, allergies...), **le double de l'ordonnance et les médicaments seront remis à l'infirmière** qui échangera avec l'élève sur la façon la plus adaptée pour donner le traitement. **Nous comptons sur votre vigilance et votre coopération.**

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 bénéficié les années précédentes d'une formation aux premiers secours (PSC1) ?

Oui *(joindre une copie)*

NON

Date :

FICHE D'URGENCE LYCEE & BTS

NOM et prénom de l'élève/étudiant : Sexe :

LYCEE classe de :

BTS classe de :

Date de naissance : Lieu de naissance :

N° de téléphone portable de l'élève : Mail de l'élève :

Régime : INTERNE DEMI-PENSIONNAIRE EXTERNE INTERNE EXTERNÉ

<input type="checkbox"/> RESPONSABLE LÉGAL 1	<input type="checkbox"/> RESPONSABLE LÉGAL 2	<input type="checkbox"/> AUTRE PERSONNE
NOM : <input type="text"/>	NOM : <input type="text"/>	NOM : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tél domicile : <input type="text"/>	Tél domicile : <input type="text"/>	Tél domicile : <input type="text"/>
Tél travail : <input type="text"/>	Tél travail : <input type="text"/>	Tél travail : <input type="text"/>
Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
E-mail (obligatoire) : <input type="text"/>	E-mail (obligatoire) : <input type="text"/>	E-mail (obligatoire) : <input type="text"/>
ADRESSE de l'élève : <input type="text"/> si différente		

MÉDECIN TRAITANT : NOM <input type="text"/>	N° Téléphone : <input type="text"/>
Adresse complète : <input type="text"/>	

Observations particulières que vous jugerez utiles de signaler (allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté.

Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

Dans tous les cas l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.

AUTORISATION DE TRAITEMENT ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE

LYCEE & BTS

En cas d'urgence, face à un élève blessé ou malade, la décision d'intervention chirurgicale sera prise au cas par cas par le médecin du centre 15 qui recherchera le consentement des parents du mineur concerné.

Le retour du centre hospitalier se fera obligatoirement par les familles.

Nom et prénom de l'élève/étudiant : <input style="width: 60%;" type="text"/>		Classe : <input style="width: 30%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> RESPONSABLE LÉGAL 1 <input style="width: 150px;" type="text"/> Nom et prénom: <input style="width: 250px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> RESPONSABLE LÉGAL 2 <input style="width: 150px;" type="text"/> Nom et prénom: <input style="width: 250px;" type="text"/>	

Je soussigné(e),

AUTORISE l'Administration de l'Établissement :

- à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par l'infirmière ou le médecin,
- à faire hospitaliser dans l'hôpital où est rattaché l'établissement (C.H.R.).

AUTORISE le transport Aller du Lycée au Service des urgences avec UN VEHICULE SANITAIRE à la demande du centre 15. Un élève ou étudiant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISE le transport en cas de blessure légère ou maladie autre, du lycée au cabinet médical de la Côte-St-André ou au centre de soins non programmés de St Etienne de St Geoirs, avec un véhicule, sous la responsabilité de l'infirmière et/ou d'un assistant d'éducation.

Je m'engage à régler moi-même les honoraires et frais engagés.

Numéro d'immatriculation à la sécurité sociale:

- du responsable :
- de l'élève/étudiant de plus de 16 ans :

Fait le : à :

<p style="text-align: center;">Élève ou étudiant majeur :</p> <p style="text-align: center;">Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »</p>	<p style="text-align: center;">Élève ou étudiant mineur :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Signature du responsable légal 1 déclaré précédée de la mention « Lu et approuvé »</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Signature du responsable légal 2 déclaré précédée de la mention « Lu et approuvé »</p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;">Signature du responsable légal 1 déclaré précédée de la mention « Lu et approuvé »</p>	<p style="text-align: center;">Signature du responsable légal 2 déclaré précédée de la mention « Lu et approuvé »</p>
<p style="text-align: center;">Signature du responsable légal 1 déclaré précédée de la mention « Lu et approuvé »</p>	<p style="text-align: center;">Signature du responsable légal 2 déclaré précédée de la mention « Lu et approuvé »</p>		