



## FICHE D'INFIRMERIE

Année scolaire 2018-2019

1	NOM : .....	Prénom : .....
	Date de naissance : ..... / ..... / .....	Classe actuelle : .....
	Tél. Domicile : .....	Cell. du père : .....
	Tél. bureau mère : .....	Tél. bureau père : .....
	Cell. de la mère : .....	Tél. grands parents : .....
	Profession de la mère : .....	Profession du père : .....
	Adresse : .....	

2	<b>AUTORISATION D'AGIR EN CAS D'URGENCE MEDICALE OU CHIRURGICALE</b>	
	Je soussigné(e) Mme/M. : .....	
	Responsable légal de l'élève : .....	
	Demande que la personne à prévenir en cas d'accident soit :	
	Mme/M. ....	Téléphone : .....
Et laisse libre choix à l'administration du Lycée Franco – Libanais VERDUN de prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'intervention médicale ou chirurgicale urgente, dans le cas où la personne mentionnée ne pourrait être jointe rapidement.		
Date : ..... Signature du responsable légal : .....		

Parties 3 et 4 à remplir obligatoirement par le pédiatre de votre enfant

3	Groupe sanguin : .....
	Antécédents familiaux : .....
	Allergies ( <i>eczéma, médicament, aliment, etc...</i> ) : .....
	Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux : .....
	Maladies actuelles : .....
Traitements en cours : .....	
N.B. : Pour tout traitement de longue durée dans le cadre de maladie chronique (asthme, diabète, épilepsie, ...) une fiche (projet d'accueil individualisé PAI*) fournie par l'infirmière doit être remplie par le médecin traitant.	
Le Lycée Franco-libanais Verdun décline toute responsabilité en cas d'information médicale non communiquée.	

4	<b>VACCINS</b>
	Prière de joindre une copie du carnet de vaccination de votre enfant. Date du dernier IDR/BCG : .....

Observations particulières ou informations importantes que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (problèmes psychologiques ou psychiatriques, troubles d'apprentissage et/ou de langage, etc...) : .....

Signature et tampon du médecin : .....

N° de tél. du médecin traitant : .....