

## FICHE INFIRMERIE - Année scolaire 2022 – 2023

(A imprimer, remplir, signer et nous remettre avec le dossier)

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                              |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <p>NOM de l'élève : .....</p> <p>Date de naissance : .....</p> <p>Tél. Domicile : .....</p> <p>Tél. bureau mère : .....</p> <p>Profession de la mère : .....</p> <p>Téléphone portable mère : .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Prénom de l'élève : .....</p> <p>Classe année scolaire de 2022/23 : .....</p> <p>Tél. grands parents : .....</p> <p>Tél. bureau père : .....</p> <p>Profession du père : .....</p> <p>Téléphone portable père : .....</p> |
| 2 | <p><b>AUTORISATION D'AGIR EN CAS D'URGENCE MEDICALE OU CHIRURGICALE</b></p> <p>Je soussigné(e) Mme/M. : .....</p> <p>Responsable légal de l'élève : .....</p> <p>Demande que la personne à prévenir en cas d'accident soit :</p> <p>Mme/M. .... Téléphone : .....</p> <p>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</p> <p>Date : ..... Signature du responsable légal : .....</p> |                                                                                                                                                                                                                              |

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

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 | <p>Groupe sanguin : .....</p> <p>Antécédents familiaux : .....</p> <p>Allergies (eczéma, médicament, aliment, etc...) : .....</p> <p>Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux : .....</p> <p>Maladies actuelles : .....</p> <p>Traitement en cours : .....</p> <p>N.B. : Pour tout traitement de longue durée dans le cadre de maladie chronique (asthme, diabète, épilepsie, ...) une fiche PAI (Projet d'Accueil Individualisé) fournie par l'infirmière devra être remplie par le médecin traitant.</p> <p>Le Lycée Franco-libanais Verdun décline toute responsabilité en cas d'information médicale non communiquée.</p> <p><b>Permission de donner des médicaments :</b></p> <p>L'infirmière pourra donner à votre enfant du Panadol selon son poids en cas de fièvre.</p> <p>Je donne la permission <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> |
| 4 | <p><b>VACCINS :</b> Joindre une copie des pages « Vaccinations » du carnet de santé de votre enfant pour les classes PS-GS-5eme.</p> <p>Date du dernier IDR/BCG : .....</p> <p>Date / Nombre de doses prises contre le COVID : .....</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

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 .....