

Lycée Joffre

150, allée de la Citadelle
34060 Montpellier Cedex

Téléphone
04 67 14 84 84

Courriel
Ce.0340038g@ac-montpellier.fr

INFIRMERIE

Téléphone
04 67 14 84 80

Courriel
Infirmierie.joffre@ac-montpellier.fr

NOM _____

PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____

CLASSE _____

N° DE PORTABLE ELEVE _____




ADRESSE POSTALE _____

REGIME ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

RESPONSABLE LEGAL 1

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM		
Prénom		
Profession		
Parenté		
Courriel		
Adresse		
 Domicile		
 Portable		
 Travail		

En cas d'urgence, l'établissement prévient la famille par les moyens les plus rapides.

Un élève accidenté ou malade peut être orienté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ; cependant, ***si l'urgence ne nécessite pas l'envoi d'un véhicule prioritaire, le transport vers la structure de soins est assuré par la famille ou responsable légal, mais en aucun cas par l'établissement.*** Les services d'urgence se mettront en lien avec la famille pour obtenir les autorisations de soins nécessaires à la prise en charge de l'élève. Les frais médicaux sont à la charge de la famille.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un majeur.

INFORMATION

♦ Dans le cadre de la fréquentation scolaire, les vaccinations contre les maladies suivantes sont **obligatoires** : diphtérie, tétanos, poliomyélite (vaccins souvent associés à la coqueluche).

Pensez à vous rapprocher de votre médecin traitant afin de vous assurer de la couverture vaccinale de votre enfant.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A METTRE SOUS ENVELOPPE SI DONNEES SENSIBLES.

(A COMPLETER SI BESOIN)

Lycée Joffre
 150, allée de la Citadelle
 34060 Montpellier Cedex

Téléphone
 04 67 14 84 84

Courriel
 Ce.0340038g@ac-montpellier.fr

INFIRMERIE
Téléphone
 04 67 14 84 80

Courriel
 Infirmier.joffre@ac-montpellier.fr

NOM _____

PRENOM _____

DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____

CLASSE _____

N° DE PORTABLE ELEVE _____

ADRESSE POSTALE _____


NUMERO DE SECURITE SOCIALE : - - - - -

CENTRE _____

Médecin

Médecin Traitant

Spécialiste

NOM		
Prénom		
spécialité		
Adresse		
 Travail		
Email		

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

- **MALADIE OU HANDICAP** ☐ Oui ☐ Non

Précisez _____

- **TRAITEMENTS** ☐ Oui (*JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE L'ORDONNANCE*) ☐ Non

Lesquels _____

- **ANTECEDENTS** médicaux, chirurgicaux, psy, ... ☐ Oui ☐ Non

Lesquels _____

- **ALLERGIES** ☐ Oui ☐ Non

Lesquelles _____

- **PAI** ☐ Oui ☐ Non

Précisez _____

- **PAP ou PPS** ☐ Oui ☐ Non

Précisez _____

- **Autres précisions** _____

Fait à

le

SIGNATURE(S)