Lycée Jacques Brel
90-100 avenue d'Alfortville
94600 Choisy le Roi
ce.0940141t@ac-creteil.fr

FICHE INFIRMERIE 2026-2027

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL

Nom :..... Classe :.....
Prénom :..... Date de naissance :.....
Adresse :.....

Afin de permettre une prise en charge rapide et efficace de votre enfant en cas de maladie ou d'accident et pouvoir vous en informer, je vous remercie de compléter soigneusement les renseignements ci-dessous :

Nom et prénom du père :.....
de la mère :.....

N° Tél Domicile du père :.....
de la mère :.....

N° Tél Travail du père :.....
de la mère :.....

N° Tél Portable du père :.....
de la mère :.....

EN CAS D'URGENCE, un élève accidenté ou malade est transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins et des demandes d'informations complémentaires concernant la santé de l'enfant peut être formulée par le personnel du lycée afin de garantir la bonne prise en charge de l'élève. Si le transport se fait par ambulance, il sera à la charge de la famille. Attention, un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

VACCINATIONS

Merci de joindre une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé.

Nom et prénom du médecin traitant :.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :.....

TOURNEZ LA PAGE

Lycée Jacques Brel
90-100 avenue d'Alfortville
94600 Choisy le Roi
ce.0940141t@ac-creteil.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Fiche à compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence.
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

Maladie ou allergie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Suivi : (HÔPITAL, CMPP, PSY….):

Observations particulières :

Projet d'**A**ccueil **I**ndividualisé l'année dernière : OUI NON

DOSSIER MDPH / **GEVASCO** l'année dernière : OUI NON (fournir copie du GEVASCO)

Plan d'**A**ccompagnement **P**ersonnalisé (aménagements scolaires avec ou sans GEVASCO) l'année dernière : OUI NON (fournir copie du PAP)

En fonction des renseignements que vous avez précisés, vous serez contactés par l'infirmière scolaire pour établir avec **vous**, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Vu et pris connaissance, le représentant légal :

Date : ***Signature :***