Nom : …………………………………….............. Prénom : ……………………………………..............



Date de naissance : …………………………………….............. Classe : ………………………………………..

Numéro de Sécurité Sociale : ……………………………………..............

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ○ Interne | ○ Demi-pensionnaire | ○ Externe |

**En cas d’urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d’urgence vers le centre de soin le plus proche : Clinique de l’Ospedale.**

La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir du centre de soins qu’accompagné de sa famille, ou pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur.

**Coordonnées :**

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* N° de téléphone du domicile : …………………………………………………………………………
* N° de portable de la maman : ………………………………………………………………………….
* N° de portable du papa : …………………………………………………………………………………
* Autre personne à prévenir en cas d’absence de votre part : Nom et N° de téléphone :

……………………………………………………………………………………………………………………………………

*Pour les élèves internes :*

Nom, adresse, N° de téléphone domicile et portable du correspondant : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Conformément au Bulletin Officiel N°1 du 6 Janvier 2000, l’infirmière est amenée à délivrer, pour soulager un symptôme, des produits médicaux d’usage courant : Efferalgan, Spasfon…

|  |  |
| --- | --- |
| AUTORISATION : ○ OUI | ○ NON |

Votre enfant est-il allergique à un médicament

|  |  |
| --- | --- |
| ○ OUI | ○ NON |

Si oui lequel ? ………………………………………………………………………………………………………………

Si vous souhaitez transmettre des informations particulières et confidentielles que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l’infirmière : maladies (diabète, asthme, allergie, épilepsie, déficit visuel ou auditif….), traitements particuliers, dyslexie, dyscalculie, suivi MDPH… Vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’intention du service de santé scolaire (sans oublier de préciser les coordonnées de votre enfant)

Lettre jointe : ○ OUI ○ NON

 PAR CONTRE

Nous demandons aux familles dont les enfants bénéficient soit d’un PAI (dossier médical pour problèmes de santé), soit d’un PAP (dossier pour les troubles des apprentissages), soit d’un PPS (projet personnalisé de scolarisation) de bien vouloir se mettre en contact le plus rapidement possible avec le service de santé scolaire et de nous fournir dans la mesure du possible le double de ce document au moment des inscriptions ( Juin ou début Juillet) ou dès le début de l’année scolaire.

Nous vous informons qu’un bilan de l’orthophoniste de moins de deux ans sera demandé afin de renouveler le PAP.

Pour les PAI, les faire remplir par votre médecin généraliste avec ordonnance de moins d’un an.

**Pas de médecin scolaire se déplaçant au lycée cette année**

Pour les nouveaux élèves, vous pouvez demander à votre ancien établissement le double du document si vous ne le possédez pas déjà.

Votre enfant bénéficie :

**D’un PAI** ○ OUI ○ NON

**D’un PPS** ○ OUI ○ NON

**D’un PAP** ○ OUI ○ NON

**INSCRIPTION EN BACCALAUREAT PROFESSIONNEL**

Pour les élèves de cette série, fournir impérativement une copie des vaccinations.

***Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.***

***Date et signature du responsable légal avec la mention « Lu et approuvé »***