Date du dernier rappel DTP OBLIGATOIRE : ..... / ..... / .....
Entourer le nom du vaccin et noter la date du dernier rappel-si plus de 5 ans, vous rapprocher de votre médecin
(Boostrix- Hexyon- Infanrix- Pentavac- Repevax- Revaxis- Tetravac- Vaxelis

ROR (priorix) : 1er RAPPEL ..... /...../..... 2éme RAPPEL ...../...../.....
BCG : ...../...../.....
HPV (papillomavirus-recommandé à partir de 13 ans) :
1er RAPPEL ...../...../.....2éme RAPPEL ...../...../.....
HEPATITE : 1erRAPPEL ...../...../..... .2émeRAPPEL ...../...../.....
MENINGITE : ...../...../.....PNEUMOCOQUE : ...../...../.....
En cas de doute, merci de joindre la photocopie des vaccins du carnet de santé.

ANTECEDENTS : *(Cochez les cases nécessaires)*

Handicap visuel (lunettes/lentilles...) ☐
Handicap auditif ☐
Asthme de la petite enfance ☐ **Asthme actuel** ☐
Traitement : ..... (si aérosol, l'élève doit en avoir un dans son sac tout le temps et demander une autorisation d'administration du traitement à l'infirmière dès la rentrée scolaire)
Allergie(s) :.....
Votre enfant est-il suivi en : Psychologie ☐ **Kinésithérapie** ☐ **Autres** ☐
Si oui pourquoi .....

Maladie(s) grave(s) : ..... date : .....
Intervention (s) chirurgicale(s) .....
.....
Traitement : oui ☐ **non** ☐
Si oui lequel.....
Pourquoi ? .....

Tout autre renseignement confidentiel peut être adressé directement sous enveloppe à **l'Infirmière du service de promotion de la santé en faveur des élèves du lycée**

Nom du médecin traitant : .....
☎ **.....**

FICHE URGENCE ET INFIRMERIE

Parties grisées OBLIGATOIREMENT remplies

Document à destination de l'infirmière scolaire du lycée

NOM ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... **F :** ☐ **G :** ☐

Nom de l'établissement en 2024-2025 :
..... **Ville** : .....

Contacts téléphoniques :
Elève : .....
Responsables légaux
-> Lien avec l'élève ..... N° Tél : .....
-> Lien avec l'élève ..... N° Tél : .....

Je soussigné(e) .....père, mère, tuteur(trice) de l'élève .....

Autorise l'infirmière du lycée à donner tout médicament d'usage courant nécessaire à son état de santé sauf contre indications signalées.

Date : **signature des parents**

EN CAS D'URGENCE : Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours vers l'hôpital le plus adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Si l'enfant est malade, un responsable doit venir le plus rapidement possible (moins d'une heure).

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT *Cochez une case si nécessaire*

☐ PAP (plan d'accompagnement personnalisé)

☐ PPS (plan personnalisé de scolarisation) AESH(*) : ☐ OUI ☐ NON

☐ PAI (plan d'accueil individualisé)

(*) : Accompagnant des élèves en situation de handicap