

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS DESTINÉS À L'INFIRMERIE

(À remettre sous pli cacheté si vous le souhaitez)

L'ÉLÈVE	
Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Niveau à la rentrée:
N° Tél. portable de l'élève :	
Établissement précédent (si différent du lycée Blaise Pascal) :	

INFORMATIONS IMPORTANTES :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche **en nous donnant au moins un numéro de téléphone d'un des responsables légaux.**

En cas d'urgence, le Centre 15 est appelé.

Responsable légal : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre	Responsable légal : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
N° Tél. domicile :	N° Tél. domicile :
N° Tél. portable :	N° Tél. portable :
N° Tél. travail :	N° Tél. travail :

Fratrie (sœurs et frères)	
Nom et prénom	Établissements fréquentés

Nom et n° de tél. du médecin traitant :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

- Votre enfant est-il allergique ? OUI NON

Si oui, précisez :

.....

- Votre enfant est-il atteint d'une maladie ? OUI NON

Si oui, précisez :

.....

- Prend-il un traitement médical régulièrement ? OUI NON

Si oui, lequel ?.....

.....

- Votre enfant bénéficiait-il au collège d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ?
 OUI NON

- A-t-il subi des interventions chirurgicales ? OUI NON

Si oui lesquelles et à quelles dates ?.....

.....

- Votre enfant présente-t-il une difficulté dans les apprentissages ? OUI NON

Si oui, précisez :

.....

- A-t-il bénéficié d'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ? OUI NON
(si vous souhaitez le renouveler, merci de contacter l'infirmière du lycée)

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi spécialisé ? OUI NON (ex. : ophtalmologie, ORL, orthophonie, psychothérapie, orthopédie...)

Si oui, lesquelles ? :

.....

VEUILLEZ REMPLIR LE TABLEAU DES VACCINATIONS
et fournir des photocopies des différentes vaccinations lors de la première inscription dans l'établissement.

VACCINS	Date du dernier rappel ou de la dernière injection
BCG	
DT coq polio	
ROR	
Autres :	