



B.T.S Tourisme

Si confidentiel
à remettre sous pli cacheté

Fiche infirmerie 2024-2025

Service Médical : 03.85.21.09.83

Merci de bien vouloir remplir consciencieusement ce document

Prénoms :	NOM :		Prénom(s) :	
	Né(e) le :		à :	
	2023-2024 classe de :			
	<u>Dernier établissement scolaire fréquenté, adresse :</u>			
	2024-2025 classe de :			
	Régime : Externe <input type="checkbox"/> ½ pensionnaire <input type="checkbox"/>			
	<u>Responsable principal</u>		<u>Autre responsable</u>	
	NOM :		NOM :	
	Prénoms :		Prénoms :	
	Adresse :		Adresse :	
NOM :	Téléphone :		Téléphone :	
	Tel portable :		Tel portable :	
	Profession :		Profession :	
	Téléphone travail :		Téléphone travail :	
	Situation familiale : Marié(e) - Concubinage Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)			
	<u>Personne à prévenir en cas d'absence des parents</u>			
	Mme / M. :			
	Lien avec l'enfant :			
	Téléphone :			

- Diphtérie
 - Tétanos
 - Poliomyélite
 - B.C.G.
- } D.T.P.

➤ **Fournir une photocopie du carnet de santé ou vaccinations.**

*** Sans ordonnance de votre médecin stipulant le médicament et sa posologie pour l'étudiant(e), l'infirmière ne peut pas délivrer du paracétamol et/ou antispasmodique comme Spasfon même en cas de fièvre et/ou céphalées et/ou maux de ventre. Ça lui est formellement interdit par une loi.**

*** Les étudiant(e)s qui prennent un traitement doivent le signaler à l'infirmière avec l'ordonnance du médecin.**

(Signature(s)) Le Père, La Mère, Le Tuteur légal,

"En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon fils / ma fille dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté non accompagné, dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serai très rapidement prévenu de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire. J'assurerai sa sortie de l'hôpital."

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

◆ L'étudiant(e) présente-t-il, ou a-t-il déjà présenté des problèmes de santé ?

- | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladies | A préciser : | | | |
| <input type="checkbox"/> Accidents | A préciser : | | | |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisations | A préciser : | | | |
| <input type="checkbox"/> Interventions chirurgicales | A préciser : | | | |
| <input type="checkbox"/> Ou problèmes particuliers de type | | | | |
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> audition | <input type="checkbox"/> vue | <input type="checkbox"/> épilepsie |
| <input type="checkbox"/> problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> scoliose | <input type="checkbox"/> autres | | |

- Si l'étudiant(e) est allergique, préciser à quoi (produits, médicaments, aliments, piqûres d'insectes ...) :

◆ L'étudiant(e) :

- Suit-il un traitement régulier ? OUI NON
Si oui, lequel ?
- Suit-il actuellement une rééducation (kiné, orthophonie ...) ? OUI NON
Si oui, laquelle ?
- Porte-il même occasionnellement : un appareil ? OUI NON
(corset, lunettes/lentilles, appareil dentaire, auditif ...) Si oui, lequel ?

◆ L'étudiant(e) bénéficie-t-il d'un :

- PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OUI NON
- PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) OUI NON
- PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation-MDPH) OUI NON
- A-t-il un suivi particulier ? OUI NON
Si oui, lequel ?
- Souhaitez-vous constituer un dossier PAI ou PAP pour l'année 2024-2025 ?
OUI NON

Si oui, vous devez fournir une copie des documents constitutifs du dossier PAI ou PAP (bilan orthophoniste, protocole de soins, ...).

◆ Nom, adresse, téléphone du médecin traitant :



Fait à _____, le :

(Signature(s))

Le Père,

La Mère,

Le Tuteur légal,

L'étudiant(e)