

**FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

(à remettre, **si vous le souhaitez**, sous enveloppe cachetée  
à l'attention du médecin ou de l'infirmière scolaires lors des inscriptions)

**Cette fiche est à compléter dans le cas où votre enfant est atteint de maladie chronique, de troubles de la santé** évoluant sur une longue période et pour lesquels des aménagements de la scolarité et, en particulier, des soins ou prises de médicaments **pendant le temps scolaire**, sont nécessaires. A cet effet, un Projet d'Accueil Individualisé sera mis au point, à *votre demande* et avec *votre participation*, sous l'autorité du directeur d'école ou du chef d'établissement, en concertation avec le médecin scolaire ou de PMI et l'infirmière scolaire.

Enfant (Nom, Prénom) : .....

Classe 2016/2017 : .....

Etablissement scolaire : Lycée Auguste et Louis Lumière, Lyon 8<sup>e</sup>

Coordonnées des parents ou représentants légaux :

Nom, Prénom : .....

N° tél : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

Nom, Prénom : .....

N° tél : domicile : ..... portable : ..... travail : .....

♦ Maladie dont est atteint votre enfant : .....

Joindre, **sous pli cacheté confidentiel pour le médecin scolaire, de PMI**, les documents établis par votre médecin traitant :

- une ordonnance récente précisant les besoins thérapeutiques,
- un protocole d'urgence précisant les signes d'appel, les symptômes visibles, les mesures à prendre et les informations à donner aux médecins des services d'urgence dans le cas où la maladie évolue par crises ou par accès.

C'est à partir de ces éléments que le projet d'accueil individualisé sera rédigé par le médecin de l'établissement scolaire.

Pour mettre au point le projet d'accueil individualisé **vous devez prendre contact** avec le directeur d'école ou le chef d'établissement **ainsi** qu'auprès du médecin ou de l'infirmière scolaire ou du médecin de PMI selon le cas **et convenir d'un rendez-vous**.

Sans réponse de votre part l'état de santé de votre enfant sera considéré comme ne relevant pas d'un projet d'accueil individualisé.

Vu et pris connaissance le :

Le(s) représentant(s) légal(aux) (nom, prénom et signature) :

**FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS \***

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Classe 2016/2017 : ..... Date de naissance : .....

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

.....

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

.....

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

.....

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 :

	Père	Mère
❶ N° de téléphone du domicile :	.....	.....
❷ N° de portable :	.....	.....
❸ N° du travail et Poste :	n° .....	n° .....
	poste : .....	poste : .....
❹ Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :	nom : .....	nom : .....
	n° .....	n° .....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. **LES FRAIS ENGAGÉS SONT À LA CHARGE DES FAMILLES ET NON DE L'ETABLISSEMENT.**

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** .....  
(pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, ...) :

.....

.....

**Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :** .....

.....

\* *DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.  
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.*