



FICHE MEDICALE

Ce document est à remplir par tous les élèves.

VACCINATIONS :

(Photocopier les pages du carnet de santé relatives aux vaccinations en s'assurant que le nom de l'élève figure bien sur la photocopie, merci)

ELEVE :

NOM : Prénom.....

Date de naissance :Lieu :Nationalité.....

Adresse :

Code postal :Ville :

Tél. Portable de l'élève :

Sexe : F M Régime : Demi-pensionnaire Externe

Etablissement fréquenté avant le lycée Jehan de Chelles :

RESPONSABLE DE L'ELEVE :

Parents Tuteurs Famille d'accueil

NOM : Prénom.....

Adresse :

Code postal :Ville :

Tél. domicile :

Père ou tuteur : professionLieu de travail :

Tél. travail :Tél portable :

Mère ou tutrice : professionLieu de travail :

Tél. travail :Tél portable :

MEDECIN TRAITANT :

NOM : Tél :





Partie à remplir ou à signaler à l'infirmière sous pli confidentiel.

ANTECEDENTS MEDICAUX :

L'élève avait-il (elle) un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) l'année scolaire précédente si oui voir l'infirmière ?

Oui

Non

Si oui, pour quel motif :

.....
.....

Allergies :

Handicap :

L'élève avait-il (elle) un P.A.P. (Projet d'Accompagnement Personnalisé) l'année scolaire précédente si oui remettre la copie à Mme LAROYE Provisseure Adjointe ?

Oui

Non

Si oui, pour quel motif :

.....
.....

L'élève avait-il (elle) un GEVASCO l'année scolaire précédente si oui voir l'infirmière ?

Oui

Non

Si oui, pour quel motif :

.....
.....

L'élève suit-il/ elle un traitement actuellement : Oui Non

Autorisez vous en cas d'extrême urgence une intervention chirurgicale du SAMU : Oui Non

Signature du père ou tuteur :

Signature de la mère ou tutrice :