



## 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 : .....

N° Sécurité Sociale .....

### RESPONSABLE DE L'ELEVE :

Parents  Tuteurs  Famille d'accueil  Foyer

NOM : ..... Prénom.....

Adresse : .....

Code postal : .....Ville : .....

Tél. domicile : .....

Père ou tuteur : profession .....Lieu de travail : .....

Tél. travail : .....Tél portable : .....

Mère ou tutrice : profession .....Lieu 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 :