

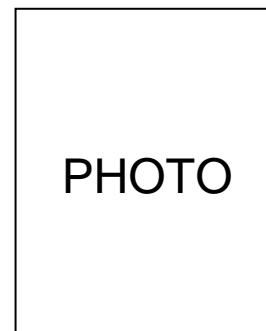
**FICHE DE SANTE**  
***Confidentiel, à l'usage de l'infirmière***

Les parents voudront bien placer ce document sous enveloppe cachetée portant la mention « FICHE MEDICALE » et remettre au secrétariat avec le dossier d'inscription. Cette fiche sera conservée à l'infirmierie et soumise au secret professionnel.

Fiche remplie le \_\_\_\_\_

**LYCEE PROFESSIONNEL « GENERAL FERRIE »**  
**LYCEE DES METIERS DE LA MONTAGNE**

**73140 ST MICHEL DE MAURIENNE**



ELEVE : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Interne       D.P       Externe      Classe : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° Séc. Soc. ./. ./. ./. ./. ./. ./. ./. ./. ./. /

Téléphone, en cas d'urgence, du domicile : \_\_\_\_\_

Du lieu de travail du père : \_\_\_\_\_ De la mère : \_\_\_\_\_

D'un voisin : \_\_\_\_\_ (Nom : \_\_\_\_\_)

**Autorisation de soins en cas d'urgence**

J'autorise mon fils ou ma fille à se rendre seul(e) en ville avec l'accord de l'administration pour visite médicale, dentaire, kinésithérapie, radiologie, spécialiste, etc....

Je soussigné(e), Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence il sera fait appel au SAMU (15) et que le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées à l'état de mon enfant. Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.

Signature :                      Père                      Mère                      Tuteur

\* Nom, prénom, profession du père \_\_\_\_\_

\* Nom, prénom, profession de la mère \_\_\_\_\_

\* Nombre d'enfants et âges \_\_\_\_\_

*Si l'enfant est inapte à l'Education Physique, il devra fournir un certificat médical indiquant le motif.*

Pour l'admission, est exigée :

Une vaccination antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique complète dont le dernier rappel date de moins de cinq ans. Si les conditions ci-dessus ne sont pas remplies, faire vacciner l'enfant dès maintenant sauf contre-indication mentionnée sur le certificat médical.

**REEMPLIR AVEC LE CARNET DE SANTE  
(Ou fournir photocopie carnet de santé)**

DATES DE VACCINATION				Médecin
<b>DT POLIO</b>				
1° injection	2° injection	3° injection	Dernier Rappel	

**Renseignements divers**

La famille est invitée, dans l'intérêt de l'enfant, à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous :

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ? \_\_\_\_\_

Laquelle ? \_\_\_\_\_

Fait-il des allergies? (Indication médicamenteuse avec ordonnance du médecin traitant en cas de crise et contre indication à l'emploi de certains produits) \_\_\_\_\_

Nom, adresse, n° de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Donner tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'infirmière (malaises, troubles nerveux, troubles cardiaques, convulsions, épilepsie, diabète, traitement en cours, séquelles d'accident en cours) \_\_\_\_\_

Handicap : Visuel \_\_\_\_\_ Auditif \_\_\_\_\_

Statique \_\_\_\_\_ Langage \_\_\_\_\_

Si l'enfant suit actuellement un traitement médical, celui-ci doit être déposé à l'infirmerie avec l'ordonnance actualisée du médecin traitant.

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un tiers temps au brevet des collèges ? \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il titulaire du PSC1 (Prévention Secours Civiques)? \_\_\_\_\_

Dernier établissement scolaire fréquenté : \_\_\_\_\_