

FICHE INFIRMERIE
SOUS PLI CONFIDENTIEL
2026-2027

PHOTO

Lycée Professionnel Henri
Brulle
Route de St-Emilion - BP 90
33503 LIBOURNE CEDEX
05.57.48.12.30
Ce.0332344u@ac-bordeaux.fr

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE :

NOM : _____ PRÉNOM : _____ CLASSE : _____

Sexe F M Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse de l'élève : _____
CP et Ville : _____

N° de sécurité social _____

N° de sécurité social de l'élève (si âgé de + de 16 ans) _____



PERSONNES RESPONSABLES DE L'ÉLÈVE :

PÈRE : NOM _____ PRÉNOM _____

MÈRE : NOM _____ PRÉNOM _____

RESPONSABLE OU TUTEUR NOM _____ PRÉNOM _____



COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES DES PARENTS :

	PORTABLE	TRAVAIL	DOMICILE
PÈRE			
MÈRE			
AUTRE (préciser)			



VACCINATION : Date du dernier rappel DT POLIO : ____ / ____ / ____

→ Merci de joindre une copie



NOM DU MÉDECIN TRAITANT : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE :

Infirmerie

Mme FREMONT Nadège
Infirmière Education
nationale
Formatrice PSC1

Allergies	Oui	Non	Si oui, préciser : Joindre une ordonnance et/ou une conduite à tenir faite par un médecin
Médicamenteuses			Nom :
Alimentaires			Nom :
Asthme			Traitement :

PROBLÈMES DE SANTÉ :

Votre enfant est-il :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire ?

☐ OUI ☐ NON

- Susceptible de prendre un traitement d'urgence ? ☐ OUI ☐ NON

- Sujet à des crises de :

épilepsie, tétanie, spasmophilie, autres : _____

- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire ?

PAI	OUI ☐	NON ☐
PAP	OUI ☐	NON ☐
PPS	OUI ☐	NON ☐

Si oui, depuis quand : _____

Merci de nous fournir la copie du document, les bilans et tous autres documents susceptibles d'être importants

VUE ET OÛË :

Votre enfant porte-t-il : des lentilles (OUI/NON) , des lunettes (OUI/NON) ou des prothèses auditives (OUI/NON) ?

Autre : _____

AUTORISATION PARENTALE :

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 selon eux. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre de sa famille.

Je soussigné(e) *NOM/Prénom* _____ agissant en tant que père, mère ou tuteur légal, autorise le responsable médical du service hospitalier accueillant, en cas de maladie ou d'accident de mon enfant *NOM/Prénom* _____ à prendre toutes les mesures d'urgences tant médicales que chirurgicales.

AUTORISATION EXCEPTIONNELLE DE TRAITEMENT PAR L'INFIRMIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT :

J'autorise l'infirmière du lycée Henri Brulle à donner à mon enfant, en cas de douleurs, et **à titre exceptionnel** :

PARACÉTAMOL (ex :Doliprane)	OUI ☐	NON ☐
SPASFON	OUI ☐	NON ☐
PASTILLES POUR LA GORGE	OUI ☐	NON ☐
SMECTA	OUI ☐	NON ☐
Signature des parents obligatoire		

!! ATTENTION : en cas de traitement médical ponctuel ou annuel, merci de fournir l'ordonnance du médecin avec le ou les médicaments et déposer le tout à l'infirmerie. Les élèves n'ont pas le droit d'avoir des médicaments sur eux sauf ordonnance ou document d'auto-administration (fiche standard) préalablement transmis à l'infirmerie.

Date :

Signature :