



# LYCEE JULES VERNE

## FICHE INFIRMERIE

ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

Service Infirmierie  
Affaire suivie par :  
Mme DJABARI ZEKRINI Djamilia  
Tél : 03 44 46 43 00

Ce.0601897L@ac-amiens.fr  
1 Rue Caradame  
60210 GRANDVILLIERS

Coller la photo ici

**Merci de joindre impérativement à cette fiche :**

- photocopie de l'attestation de la carte vitale
- photocopie de la mutuelle
- photocopie des vaccinations

### ELEVE

NOM: \_\_\_\_\_ CLASSE: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_ REGIME: Externe - DP - Interne

Né(e) le: \_\_\_\_\_

Nom et adresse du dernier établissement fréquenté: \_\_\_\_\_

**N° de Sécurité Sociale de l'élève:** \_\_\_\_\_

N° de téléphone de l'élève (portable) \_\_\_\_\_

## RESPONSABLES LEGAUX

### Responsable légal n°1 :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Qualité: père, mère, tuteur, autre (préciser): \_\_\_\_\_

Profession et lieu d'exercice : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_

Tél portable : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

### Responsable légal n°2 :

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Qualité: père, mère, tuteur, autre (préciser): \_\_\_\_\_

Profession et lieu d'exercice : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tél fixe : \_\_\_\_\_

Tél portable : \_\_\_\_\_ Tél professionnel : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_

Nom et N° de téléphone d'un voisin/famille/proche: \_\_\_\_\_

**Educateur** oui :  non :  (à remplir impérativement)

Si oui, coordonnées : Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

## MEDECIN TRAITANT

NOM: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° de téléphone: \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

Votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments pendant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements dans le cadre scolaire

Maladie dont souffre l'enfant : \_\_\_\_\_

Traitement : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il de maladies respiratoires (asthme...) ou allergiques : oui non

Observations complémentaires (dyslexie, autres...)

Opérations subies (nature et date) :

Si oui, à préciser : \_\_\_\_\_

**Votre enfant fait-il l'objet d'un PAI, PAP, PPS, dossier MDPH... : oui non joindre les documents**

Si oui, merci de préciser : \_\_\_\_\_

Votre enfant bénéficie-t-il d'un aménagement d'épreuves : oui non

Si vous le souhaitez, vous pouvez contacter l'infirmerie si nécessaire pour un projet personnalisé de scolarité ou un projet d'accueil individualisé.

### **INFORMATIONS IMPORTANTES :**

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. Si l'élève est malade sans caractère d'urgence, le responsable légal (ou une personne désignée par celui-ci), doit impérativement venir le chercher à l'infirmerie (ou à la vie scolaire) et signer le registre de sortie.

### **REMARQUES :**

Nous vous rappelons que les élèves ne doivent en aucun cas garder un médicament sur eux. Tout traitement doit être déposé à l'infirmerie avec l'ORDONNANCE.

En cas de retour au domicile par nécessité médicale, il est impératif que l'élève passe par l'infirmerie et à la vie scolaire qui se chargeront d'appeler les parents (mais en aucun cas l'élève lui-même).

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de

l'élève \_\_\_\_\_, déclare avoir pris connaissance de

cette fiche et autorise le transfert du dossier médical de mon enfant au médecin scolaire de l'établissement.

A Grandvilliers, le \_\_/\_\_/\_\_

Signature

## ANNEXES

## FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS\*

Nom de l'établissement..... Année scolaire : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... 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** :

1. N° de téléphone du domicile : .....

2. N° du travail du père : ..... Poste : .....

3. N° du travail de la mère : ..... Poste : .....

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

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.**

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

À ..... le  
Signature des parents

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

Observations particulières que vous jugerez utiles 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

## INFORMATION RELATIVE A LA PROTECTION DES MINEURS EN FORMATION PROFESSIONNELLE

Madame, Monsieur,

Pour les besoins liés à sa formation professionnelle, votre (fils)(fille), devra être affecté(e) à certains travaux réglementés par le code du travail. Etant mineur, l'exécution des travaux ne pourra se faire que sur décision du chef d'établissement et information à l'inspection du travail.

Dans le cadre de cette procédure, votre (fils)(fille) bénéficie d'une surveillance médicale renforcée et annuelle. Il (elle) sera convoqué(e), en début d'année scolaire, pour passer une visite médicale ou un entretien par le médecin et/ou l'infirmier(ière) de l'Education Nationale (Seuls personnels habilités à la faire). A l'issue de la visite médicale ou de l'entretien, un **avis médical d'aptitude** sera délivré.

Conformément au code du travail, l'avis médical d'aptitude est indispensable pour autoriser l'élève mineur à travailler en atelier dans l'établissement ainsi que pour les périodes de formation en milieu professionnel.

Si nous sommes amenés à constater l'absence sans motif valable (hospitalisation, évènement familial grave,...) de votre enfant à une convocation, aucun avis médical ne pourra être fourni et le travail en atelier lui sera interdit.

La famille sera alors convoquée par le chef d'établissement et recevra l'injonction de prendre rendez-vous au centre médico-scolaire du médecin de l'Education Nationale afin de se mettre en règle. Les frais de transport resteront à la charge de la famille.

**En l'absence de visite médicale, le travail en atelier sera interdit et l'élève ne pourra donc plus suivre sa formation.**

Je, soussigné, .....Père / Mère (1)

de l'élève .....,

inscrit en classe de .....,

déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Date : .....

Signature :

(1) Rayer la mention inutile

Nom du médecin de l'Éducation Nationale : Dr COPPENOLLE Corinne

Etablissement scolaire : Lycée Professionnel Jules Verne

### Questionnaire médical à remplir par les parents

(à remettre au médecin le jour de la visite médicale)

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son établissement scolaire sur des machines, à utiliser des produits réglementés ou à être confronté à des situations à risque professionnel. S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2015-443 du 17 avril 2015 – article L 4153-9 du code du travail), l'avis du médecin de l'éducation nationale sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est obligatoire. Il doit être mis à disposition de l'inspecteur du travail. A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous – destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

***Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.***

#### RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

n° de téléphone :

La mère est-elle en bonne santé ? OUI  NON  Profession :

Le père est-il en bonne santé ? OUI  NON  Profession :

Nombre de frères et sœurs :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

#### MALADIES PRÉSENTÉES ANTERIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT

A-t-il(elle) déjà fait des convulsions ? : OUI  NON  Si oui, à quel âge ? :

A-t-il(elle) eu d'autres maladies neurologiques ? : OUI  NON  S'agissait-il d'une méningite ? : OUI  NON

A-t-il(elle) eu des maladies respiratoires ou allergiques ? OUI  NON  précisez :

A-t-il(elle) eu des otites à répétition ? : OUI  NON

A-t-il(elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ? : OUI  NON  précisez :

Autres maladies importantes : OUI  NON  précisez :

A-t-il(elle) eu des accidents ? : OUI  NON  précisez :

A-t-il(elle) été hospitalisé(e), voire opéré(e) ? : OUI  NON  précisez :

## ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

*En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation d'affectation à des travaux réglementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.*

A-t-il(elle) souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? : OUI  NON

Actuellement, présente-t-il(elle) d'autres troubles actuellement (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire) ? ; merci de préciser : OUI  NON

Est-il(elle) souvent absent(e) ? ; merci de préciser les motifs d'absence : OUI  NON

Est-il(elle) suivi(e) par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? merci de préciser pour quelle raison : OUI  NON

Suit-il(elle) un traitement ? merci de préciser lequel : OUI  NON

Avez-vous autre chose à signaler (par ex : caractère, comportement, vie familiale,...) ? merci de préciser lequel : OUI  NON

**Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous documents utiles en votre possession (comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...).**

*Si vous le souhaitez, le médecin de l'éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmerie de l'établissement scolaire.*

## INFORMATION IMPORTANTE

**La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines dangereuses ou de conduites d'engins.**

**Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.**

**Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.**

A.....le.....

*signature de l'élève :*

*signature des parents :*

## Avis médical sur l'aptitude d'un élève mineur à suivre une formation professionnelle nécessitant l'accès à des travaux règlementés

Médecin scolaire : *Dr COPPENOLLE Corinne*

### Lycée Professionnel Jules Verne

### QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : ..... Formation professionnelle : .....

Poids : ..... Taille : .....

#### A votre connaissance :

Problème de vue :  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON

Problème d'audition :  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON

Problème dentaire :  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON

Problème de dos (scoliose, corset ...):  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON

Problème respiratoire :  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON

Problème allergies :  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON  
(alimentaires, respiratoires, cutanées)

Problème cardio-vasculaire :  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON  
(cœur, vaisseaux)

Problème digestif :  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON  
(estomac, intestin)

Problème urinaire (vessie, reins) :  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON

Problème de vertige en hauteur :  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON  
(escabeau, échelle, chaise, tabouret ...)

Problème de port de charges lourdes:  OUI  NON **Suivi :**  OUI  NON

Traitement médical :  OUI  NON

- Pour diabète :  OUI  NON
- Pour épilepsie :  OUI  NON
- Pour troubles du sommeil :  OUI  NON
- Pour troubles du comportement (hyperactivité, troubles obsessionnels compulsifs) :  
 OUI  NON
- Pour asthme :  OUI  NON
- Pour allergies :  OUI  NON

Dossier MDPH :  OUI  NON

- Motif (dyslexie, AVS, 1/3 temps, handicap, ...) .....

Activités sportives :  OUI  NON

Informations complémentaires : .....  
.....

Questionnaire confidentiel à remettre à l'infirmière du lycée une fois rempli. Merci à l'avance pour votre concours efficace.

Date : .....

Signature de l'élève