



**Lycée Antoine KELA
2024**

Pour une meilleure prise en charge sanitaire de votre enfant, il est important que cette fiche soit correctement remplie et signée. BO n°1 du 06.01.2000 Les vaccins obligatoires doivent être à jour, délibération n°21/CP des 04 mai 2006 et n°45/CP du 20 avril 2011 du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Nom :Prénom :

Adresse :

Né(e)le :.....Classe en 2024 :

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

PERE OU TUTEUR LEGAL		MERE OU TUTRICE LEGALE		AUTRE PERSONNE (dont correspondant)	
Nom		Nom		Nom	
Prénom		Prénom		Prénom	
Tél dom :	tél trav :	Tél dom :	Tél trav :	Tél dom :	Tél trav :
Mobilis :		Mobilis :		Mobilis :	

COUVERTURE SOCIALE : Aide médicale A ou B (sud, nord, iles)..... N°.....
 Mutuelle N°.....
 Cafat/Ruamm N°.....

VACCINATION : (JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE OU L'ETAT DE VACCINATION FOURNI PAR LE MEDECIN TRAITANT)

Autres vaccinations non obligatoires : HPV 1^{ère} injection 2^e injection

Médecin traitant :..... Téléphone :

AUTORISATION PARENTALE :

En cas d'urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'établissement scolaire s'efforce d'avertir le plus rapidement possible la famille.

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame.....Père / Mère / tuteur légal, de l'élève Autorisons le chef d'établissement, à prendre les mesures nécessaires au maintien de l'état de santé de mon enfant :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....
.....

Fait à :..... le :**Signature des parents (obligatoire)**

AUTORISATION DE DELIVRANCE DE MEDICAMENT :

Oui nous autorisons l'infirmier(ère) à délivrer un médicament à notre enfant (selon la liste figurant dans le Bulletin officiel n°14 du 06 janvier 2000 tel que le paracétamol, le spafon,...)

Non nous n'autorisons pas l'infirmier(ère) à délivrer des médicaments à notre enfant et nous engageons à venir le récupérer dès que son état de santé le nécessite.

.....
.....

Fait à :..... le :**Signature des parents (obligatoire)**

Tournez la page s'il vous plait

Renseignements médicaux

Si les renseignements médicaux relèvent d'une confidentialité, remettre cette fiche sous enveloppe (nom + prénom de l'élève) à l'infirmier(ère) ou au chef d'établissement

A compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap, d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire
- Bénéficie d'un PAI ou d'un APTA (préciser dans la case *Traitements médicaux*)

Il est de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

<i>Problèmes de santé de votre enfant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Traitements médicaux (joindre 1 copie de l'ordonnance)</i>
PULMONAIRE Asthme Autres lesquels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CARDIAQUE Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA) : dernier RDV chez le dentiste et le cardiologue..... Souffle au cœur..... Autres lesquels	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date :
Epilepsie..... Spasmophilie..... Diabète ALLERGIE : Laquelle..... Si oui fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PROBLEMES VISUELS Si oui Lequel..... Port de lunettes et/ou lentilles (préciser).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROBLEMES AUDITIFS Surdité Port d'appareil Autres lesquels.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HANDICAP Si oui lequel : Taux de reconnaissance de%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TROUBLE DES APPRENTISSAGES (dys) Si oui lequel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SUIVI de votre enfant Dernier RDV chez le dentiste Psychologique..... Orthophonique..... En famille d'accueil..... Par un éducateur Autre suivi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date :

Autres problèmes de santé à signaler :

.....

En fonction des renseignements portés sur cette fiche, vous pouvez être contacté par l'infirmier(ère) scolaire de l'établissement pour établir si vous le souhaitez un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**, conformément à circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Vu et pris connaissance, Signature des parents (obligatoire)

Date :