

INFIRMERIE - ANNÉE :

LYCÉE BENJAMIN FRANKLIN

Nom de l'élève

Prénoms

Date de naissance

Tél. portable de l'élève

Classe : Régime : Interne - Externe - DP



Photo
à
coller

ADRESSE des PARENTS ou RESPONSABLE LÉGAL

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

EN CAS D'URGENCE - important

A) A quels numéros de téléphone appeler ?

Domicile mère : portable :

père : portable :

Travail mère : portable :

père : portable :

Voisin, ami, famille : Tél. :

Tél. :

B) Adulte autorisé à prendre en charge l'élève en cas d'indisponibilité des parents

Nom : Tél. :

Adresse :

C) Nom et Tél. du médecin de famille

..... Tél. :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX : *

- Votre enfant prend-il habituellement des médicaments ?

non oui tous les jours : [matin] [midi] [soir]

Lesquels :

- Votre enfant a-t-il ?

☐ Asthme ☐ diabète ☐ spasmophilie ☐ dyslexie ☐ rhumatismes ☐ angoisse

☐ Autres précisez :

- Votre enfant souffre-t-il d'allergies médicamenteuses, alimentaires ou autres ?

oui non

Si oui précisez

- Votre enfant a-t-il un suivi ?

* médical :

* chirurgical :

* psychologique :

*** Si vous désirez communiquer des renseignements complémentaires
à l'infirmière, téléphonez au 02 38 79 10 33
ou envoyez un courrier sous pli cacheté à l'infirmière du lycée.**

bfranklin.infirmierie@ac-orleans-tours.fr

Fournir la photocopie du Carnet de Vaccinations de l'élève

Date : Signature des personnes responsables :

Père

Mère

Tuteur légal