

FICHE MEDICALE

ANNEE SCOLAIRE 2020-2021

Nom de l'élève : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Niveau de classe en 2020/21 : _____

Renseignements confidentiels fournis par la famille. Vous pouvez joindre sur papier libre sous pli cacheté adressé au médecin scolaire toute information.

Nom / Prénom de la mère : _____

Mobile : _____ Tel travail : _____ Tel domicile : _____

Nom / Prénom du père : _____

Mobile : _____ Tel travail : _____ Tel domicile : _____

Autres personnes à contacter en cas d'urgence:

Nom : _____ Tel : _____

Nom : _____ Tél : _____

L'infirmierie utilise les médicaments suivants:

- Désinfectants : **Octenisept, Eau Oxygénée, Bétadine, eau-savon**
- Antalgique, antipyrétique : **Depon** (sirop ou comprimés)
- Antiacide : **Maalox**
- Anti diarrhéique : **Smecta**

Etes-vous d'accord pour que votre enfant soit soigné par l'Equipe infirmière avec ces produits si besoin (fièvre, maux de ventres...)?

OUI NON (Entourez la réponse)

INFORMATIONS MEDICALES

- A. Votre enfant a des **problèmes médicaux** aigus ou chroniques ou besoin de **soins réguliers**? (Allergie, intolérance alimentaire, diabète, asthme, épilepsie, problème cardiovasculaire, ostéo-articulaire, neurologique, a des soins comme psychothérapie, kinésithérapie, orthophonie, etc...)

OUI NON Si oui, le(s)quel(s) : _____

Si votre enfant a besoin de recevoir un médicament en cas d'urgence ou régulièrement pendant le temps scolaire, vous devez :

1. Faire parvenir à l'infirmierie (photocopie, scan ou photo par courriel) une prescription médicale récente ainsi que les médicaments nécessaires.
2. Signer le Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) à l'infirmierie dans un second temps.

Aucun médicament ne pourra être administré en l'absence de protocole.

Pour des raisons de sécurité, il est interdit aux élèves d'avoir des médicaments en leur possession à l'école, nous accueillons des élèves en bas-âge.

B. Votre enfant a-t-il **un trouble** de la vue, de l'audition, des apprentissages ou du comportement ? Dans ce cadre, a-t-il bénéficié d'**adaptations pédagogiques** lors de la dernière année scolaire ?

OUI NON Si oui, lesquels : _____

Est-t-il **actuellement** suivi, et par qui ? _____

C. Souhaitez-vous que des **adaptations pédagogiques** soient reconduites ou mises en place lors de la prochaine année scolaire ?

OUI NON Si oui, le service médical ou l'équipe pédagogique vous contactera à la rentrée. Vous devrez fournir une évaluation récente des difficultés de votre enfant et les conseils du spécialiste.

ANTECEDENTS MEDICAUX

D. Votre enfant a-t-il eu quelques-unes des **maladies infectieuses** suivantes :
(Entourer SVP) varicelle, coqueluche, rougeole, oreillons, scarlatine, tuberculose, hépatites B ou C, autre : _____

E. Votre enfant a-t-il subi une intervention **chirurgicale**? Un **traumatisme** important ?
Une **hospitalisation** de **longue** durée ?

OUI NON Si oui, lesquels : _____

F. Vaccinations: **veuillez joindre une photocopie** de la page « **vaccinations** » du carnet de santé de votre enfant et indiquer son identité.

NOTE IMPORTANTE

EN CAS D'ACCIDENT survenant pendant les activités scolaires ou périscolaires, ou de problème de santé grave nécessitant une hospitalisation, le Lycée appelle le **166** pour obtenir une **ambulance publique** et prévient immédiatement la famille. L'enfant est alors dirigé sur l'**hôpital public** le plus proche qui se trouve **en mesure de l'accueillir immédiatement**.

REMARQUES : seul le **Risque Accident** est couvert par l'Assurance Individuelle Accident souscrite pour chaque élève dans le cadre de son inscription au Lycée Franco-Hellénique.

NB - En cas d'accident, **la famille doit faire l'avance des frais**. Elle dépose ensuite les justificatifs correspondants à la Caisse du Lycée, dans les meilleurs délais. Le remboursement de l'assurance lui est retransmis par la Caisse du Lycée à hauteur d'un montant de 1 500€ maximum. Pas de remboursement pour les lunettes et appareils dentaires.

Date _____

Signature des parents

Merci pour ces renseignements

L'Equipe Médico-infirmière

infirmierie@lfh.gr

Tel : 2113009170