

FICHE INFIRMERIE

Année Scolaire 2026-2027

PHOTO

Ce document contient des renseignements médicaux, merci de le transmettre à l'infirmier de l'établissement **sous pli cacheté**. Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut également être joint à la présente.

Avez-vous joint un courrier ? OUI NON

Nom : Prénom :

Né(e) le : Classe (année scolaire 2026-2027) :

VACCINATIONS : **Exclusivement** pour les élèves qui intègrent l'établissement, joindre une photocopie **nominative** des pages « Vaccinations » du carnet de santé (article L.3111-2 du code de la santé publique).

MEDECIN TRAITANT : Nom : Numéro de téléphone :

• Votre enfant porte-t-il des lunettes ? OUI NON

Si OUI, date de la dernière consultation chez l'ophtalmologue :

• Votre enfant a-t-il des problèmes d'audition connus ? OUI NON

Si OUI, nom du médecin ORL qui le suit :

• Votre enfant suit-t-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Si OUI, lequel :

• Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier ? OUI NON

(Ex. : Psychologique, Pédiopsychiatrique, Orthophonique, Kinésithérapie, Ergothérapie,...)

Si OUI, préciser le nom professionnel ou la structure qui suit votre enfant :

• Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) ? OUI NON

• Votre enfant souffre-t-il d'une pathologie chronique nécessitant la mise en place d'un PAI ? OUI NON

(Ex. : asthme, allergie, épilepsie, diabète, mucoviscidose, drépanocytose, traitement de longue durée)

Si OUI, merci de prendre contact avec le personnel de santé de l'établissement

Si votre enfant a bénéficié d'un PAI l'an passé, souhaitez-vous le reconduire pour l'année scolaire ? OUI NON

• Indications complémentaires sur la santé de votre enfant qu'il vous semble important de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement :
.....

En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté seul dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serai très rapidement prévenu(e) de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

Signature responsable légal 1

et / ou

Signature responsable légal 2

Nom :

Nom :

A , le

A , le

Vos données sont collectées par l'établissement : Lycée Polyvalent Henri Moïsand

Le responsable de traitement est le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et, le cas échéant, ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique : dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données – 10 rue de la Convention – 25030 BESANCON Cedex.

Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou le délégué à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont