|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS :**1. **EN CAS D’URGENCE :**

L’élève accidenté ou malade est orienté et transporté par la famille ou par les services de secours d’urgence vers l’établissement de soins le mieux adapté selon des modalités définies par le SAMU.**En aucun cas par l’infirmière de l’Education Nationale.**Un élève mineur ne peut sortir seul de l’hôpital, uniquement accompagné de sa famille.Les élèves majeurs pourront sortir de l’hôpital (par leurs propres moyens et à leur frais).La famille est immédiatement avertie par nos soins |
| 1. **DISPENSES D’ACTIVITÉS SPORTIVES ET OU D’ATELIER**
 |
| Au-delà d’une semaine, toute inaptitude doit être justifiée par un certificat médical délivré au professeur de sport.Pour une à deux séances de sport un mot du responsable légal suffit.**En aucun cas l’infirmière ne délivre de dispense de sport.**Au-delà de **3 mois**, un **certificat spécifique** doit être retiré auprès des professeurs d’éducation physique et sportive.1. **SCOLARITE**:

Votre enfant a besoin :* PAP = *Plan d’Accompagnement Personnalisé* pour des troubles de l’apprentissage. (A voir avec le professeur principal)
* PPS = *Plan d’Accompagnement Personnalisé* pour sa situation de handicap.
1. **AMENAGEMENTS D’EXAMENS** :

*Les demandes d’aménagements aux examens se font auprès de l’infirmerie avec le médecin de l’Education Nationale.* |
|  |
|  |
|  |
|  |

 | **Lycée Etienne Oehmichen**8 avenue du Mont Héry **Année Scolaire 2021/2022**51000 Châlons-en-ChampagneTel. Infirmerie : 03 26 69 23 17

|  |
| --- |
|  **FICHE INFIRMERIE CONFIDENTIELLE** **A compléter et à signer obligatoirement** |

 **NOM - Prénom**: ………………………………………………………**Classe :**……… **Votre enfant souffre de : (précisez)**□Allergie □Asthme □Diabète □Handicap  □Mal être  □Autre maladie □Autre problème ……………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………  **Votre enfant a un PAI :** □ Oui 🞏Non**Votre enfant prend un traitement médical :** □Oui 🞏Non**Si oui merci de bien vouloir le noter ci-dessous :** ……………………………………………………………………………………................... ……………………………………………………………………………………………….. Vous avez la possibilité de laisser des médicaments à l’infirmerie du lycée avec une copie de l’ordonnance (par exemple : double de Ventoline pour les asthmatiques en cas d’oubli, traitement spécifique contre la migraine en cas de crise…).**Votre enfant a un problème d’apprentissage :**□ Dyslexie : …………………………………………………………………□ Dyspraxie : ………………………………………………………………□ Autres Dys : ……………………………………………………………. □ pris connaissance des informations  Date : Signature : |   |