**DOSSIER INFIRMIER**

**NOM : …………………………………………………PRÉNOM : ………………………….…………**

**DDN :…………………………………………………...**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNEE SCOLAIRE** | **DIVISION** | **ETABLISSEMENT** | **REGIME** |
|  |  | LPO STELLA |  |
|  |  | LPO STELLA |  |
|  |  | LPO STELLA |  |
|  |  | LPO STELLA |  |

**Responsable 1 : NOM / Prénom** : …………………………………………………………………

**Adresse** : ……………………………………………………………….……………………………………..

……………………………………………………………………………….…………………………………….

**Tel :** ……………………………………………………………………………………………………………..

**Responsable 2 : NOM / Prénom** : …………………………..……………………………………

**Adresse** : ……………………………………………………………………….……………………………..

………………………………………………………………………………………….………………………….

**Tel :** ……………………………………………………………………………………………………………..

**A LIRE ET A SIGNER PAR LES PARENTS ET ÉLÈVES**

**En cas d’urgence, votre enfant sera orienté et transporté vers** **les services appropriés selon l’avis du SAMU. Vous en serez immédiatement prévenu par nos soins.**

**La consommation de produits psychoactifs (alcool, zamal, certains médicaments,…) est prohibé au lycée. La détention ou consommation de ces produits par les élèves, sera sanctionnée et la famille avisée.**

**L’élève admis en section professionnelle, conformément à la réglementation en vigueur concernant l’utilisation de machines dites dangereuses, bénéficiera d’une visite médicale avec le Médecin de l’Éducation Nationale qui lui délivrera un certificat d’aptitude en l’absence de contre-indication. Il pourra être demandé à l’élève un avis spécialisé, dans ce cas il est demandé à la famille de prendre un RDV avec le dit spécialiste le plus rapidement possible.**

**Ce certificat d’aptitude est nécessaire pour le départ en stage et la participation active à l’atelier.**

**Signature de l’élève Signature du responsable**

**A REMETTRE A L’INFIRMIÈRE EN MAINS PROPRES**

**ou par mail à cette adresse uniquement :**

**Cecile.Forest@ac-reunion.fr**