



# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

## ↳ Votre enfant est-il ?

- Asthmatique non  oui
- Diabétique non  oui
- Epileptique non  oui
- Allergique non  oui

Type d'allergie : .....

## ↳ Votre enfant présente-t-il une autre pathologie évoluant sur une longue période ?

non  oui

Si oui, laquelle ? .....

## ↳ Si votre enfant présente des troubles spécifiques (du langage, des apprentissages ou autre), entourez ou complétez : Dyslexie / Dysphasie / Dyspraxie / Dysorthographe / Dyscalculie / TDA / TDAH / TSA ou autre : .....

## ↳ Votre enfant est-il (elle) suivi(e) en consultation spécialisée (ORL, psychologie, psychiatrie, ophtalmologie, orthodontie, orthophonie...) ?

non  oui

Si oui, préciser laquelle et à quelle fréquence ? .....

## ↳ Hospitalisations antérieures : non oui

Opérations : non  oui

Si oui, préciser la date et le motif : .....

## ↳ Rééducation en cours : non oui

Si oui, préciser : .....

## ↳ Votre enfant prend un traitement médical régulier ?

non  oui

Si oui, préciser : .....

## Votre enfant fait-il l'objet :

- D'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) non  oui
- D'un PAP (Projet d'accompagnement Personnalisé) non  oui
- D'une reconnaissance de la MDPH non  oui
- Si oui : notification ULIS : non  oui
- D'un aménagement des examens non  oui

**Tous les médicaments doivent être déposés à l'infirmierie avec la photocopie de l'ordonnance.**

## VACCINATIONS

**Joindre obligatoirement la photocopie des pages des vaccinations du carnet de santé de l'élève.**

## COMPOSITION DE LA FAMILLE

**Frères :** (indiquez les noms, prénoms et dates de naissance)

.....  
.....  
.....  
.....

**Soeurs :** (indiquez les noms, prénoms et dates de naissance)

.....  
.....  
.....  
.....

**Antécédents familiaux :**

.....  
.....  
.....

**Autres renseignements que vous souhaitez nous transmettre :**

FICHE CONFIDENTIELLE  
DE RENSEIGNEMENTS INFIRMIERS  
2024/2025

Coller  
une  
photo

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : ☎ \_\_\_\_\_  
.....  
.....

N° du travail du père : ..... Port : .....

N° du travail de la mère : ..... Port : .....

N° du travail du responsable légal : ..... Port : .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :  
.....  
.....

Centre et numéro de sécurité sociale de l'élève : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_

Nom et adresse de la mutuelle (pas obligatoire) : .....

Nom et adresse et numéro de contrat de votre assurance scolaire :  
.....  
.....

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

**En cas d'accident**, l'établissement s'efforce de prévenir rapidement les responsables légaux.

**En cas d'urgence et après régulation** par le centre 15, un élève est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (transports sanitaires privés ou véhicules du service départemental d'incendie et de secours ou par l'équipe médicale SMUR) vers l'établissement de santé le mieux adapté. Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'école ou l'établissement.

**Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de ses responsables légaux.**

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance **de l'établissement** (Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)  
.....  
.....

Médecin traitant : Nom : ..... ☎ .....

Date

Signature des parents ou du représentant légal

**ELEVE :**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

Interne

Externe

Demi-pensionnaire

Dernier établissement fréquenté : .....

Adresse de l'élève : .....

**RESPONSABLE LEGAL 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

☎ domicile : ..... ☎ portable : .....

Employeur : .....

**RESPONSABLE LEGAL 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

☎ domicile : ..... ☎ portable : .....

Employeur : .....

**Personnes à prévenir en votre absence :**

Nom : ..... ☎ : .....

Nom : ..... ☎ : .....

Nom : ..... ☎ : .....

\* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les responsables légaux à chaque début d'année scolaire.

\* Un double de ce document sera remis aux transports sanitaires lors de la prise en charge de l'enfant.