

FICHE INFIRMERIE

Joindre les photocopies des vaccinations

Année scolaire 2026-2027

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____ Né(e) le : _____

Adresse de l'élève (si différente du responsable 1) : _____

IDENTITÉ DES PARENTS

Responsable 1

Nom, Prénom : _____

N° Sécurité sociale : _____ Centre Sécurité sociale : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____ Profession* : _____

☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Célibataire

Responsable 2

Nom, Prénom : _____

Adresse : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____ Profession* : _____

☐ Marié(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Célibataire

*Préciser, le cas échéant : sans profession, demandeur d'emploi, retraité...

PERSONNE À PRÉVENIR

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____

Téléphone : _____ Perso : _____

Travail : _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom : _____

Adresse et téléphone : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES

Cochez, si votre enfant est concerné:

- ☐ Asthme ☐ Diabète
- ☐ Allergie à _____ ☐ Intolérance à _____
- ☐ Autre(s) : _____
- ☐ Régime alimentaire particulier sans ordonnance (Végétarien, sans porc...) : _____

Si vous avez coché une des cases précédentes, merci de préciser :

- ☐ Aucun traitement n'est nécessaire sur le temps scolaire
- ☐ Un traitement à portée de mains est nécessaire en permanence, notamment lors des cours d'EPS
→ merci de fournir une ordonnance ou sa copie (datant de moins d'un an)
- ☐ Un régime alimentaire particulier est à mettre en place par le service de restauration
→ merci de fournir une ordonnance ou sa copie (datant de moins d'un an)
- ☐ Bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

SUIVIS ET ACCOMPAGNEMENTS PARTICULIERS

Cochez, si votre enfant est concerné:

- ☐ Suivi orthophonique
- ☐ Suivi psychologique ou pédopsychiatrique (CMPEA, psychologue...)
- ☐ Suivi éducatif ou social (éducateur/trice, assistant/e social/e...)
- ☐ Autre(s) : _____

Si vous avez coché une des cases précédentes, merci de préciser :

Fréquence du suivi et nom(s) du/des spécialiste(s) : _____

☐ Troubles des apprentissages (dyslexie, dyspraxie...) **qui nécessitent des adaptations particulières en classe de la part des professeurs ou lors des examens (PPRE)***

☐ Projet d'Accueil Individualisé (PAI) *

☐ Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) *

Merci de joindre la notification MDPH

☐ Projet d'accompagnement personnalisé (PAP).*

***→ merci de joindre le document**

Observations que vous souhaiteriez porter à la connaissance de Mme Moesta, infirmière :

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Pris connaissance le _____, à _____

Signature du/des représentant(s) légal(aux) :