

# FICHE INFIRMERIE 2026-2027

## Identité de l'élève

NOM de l'élève :

Prénom(s) de l'élève :

Sexe :

Masculin

Féminin

Date de Naissance :

Lieu de Naissance :

N° de sécurité sociale :

## Scolarité de l'année en cours (2026-2027)

Classe :

Régime :

Rayer les mentions inutiles

Externe - Demi-pensionnaire - Interne

## Scolarité précédente (2025-2026)

Etablissement :

Classe :

## Responsable légal

Nom :

Prénom :

Rayer les mentions inutiles

Père    Mère    Tuteur    Autre (préciser) :

Adresse complète :

☎ domicile :

☎ portable :

☎ travail :

N° de sécurité sociale :

Date de Naissance :

Centre de sécurité sociale :

## Autres personnes à contacter

Nom :

Prénom :

☎ domicile :

☎ portable :

☎ travail :

Nom :

Prénom :

☎ domicile :

☎ portable :

☎ travail :

## Informations médicales

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PPS ? (Projet Personnalisé de Scolarisation - Notification MDPH)

OUI

NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? (Projet d'Accueil Individualisé - Allergie, Asthme, Diabète, ...)

OUI

NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAP ? (Projet d'Accompagnement Personnalisé - Troubles des apprentissages, Dys, EIP, ...)

OUI

NON

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier ? (suivi éducatif, orthophonie, ...) : préciser

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique (asthme, diabète, épilepsie, ...) Laquelle ?

A-t-il un traitement dans le cadre de cette affection ?

Est-il vacciné contre le ROR ?

OUI

NON

Date :

Est-il vacciné contre le DTP ?

OUI

NON

Date :

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

Si vous souhaitez transmettre des informations médicales confidentielles, joindre un pli cacheté à ce document à l'attention du médecin scolaire et/ou de l'infirmière.

Les photocopies des vaccinations sont à agraffer à ce document.

**IMPORTANT** : En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné par sa famille. Les frais médicaux (de transport, d'hospitalisation, pharmaceutiques...) incombent à la famille, sauf pour les accidents de travail.

Je soussigné, \_\_\_\_\_, autorise les services hospitaliers à donner à mon enfant les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident.

Signature Responsable légal(e)

--