

**RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS DESTINÉS
A L'INFIRMERIE**
(A remettre sous pli cacheté si vous le souhaitez)
Année scolaire 2024 - 2025

Elève :

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Classe :
N° de Portable :	
E-Mail :	

Représentant légal :

NOM :	Prénom :
Lien de parenté :	Profession :
Adresse :	
E-Mail (privé ou professionnel) :	

Autre responsable :

NOM :	Prénom :
Lien de parenté :	Profession :
Adresse :	
E-Mail (privé ou professionnel) :	

**En cas d'accident, l'Etablissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche, en nous donnant au moins 1 numéro de téléphone. En cas d'urgence, le centre 15 sera appelé.*

N° de Téléphone du domicile :	
N° de Tél. fixe du Père :	N° de Tél. fixe de la Mère :
N° de Portable du Père :	N° de Portable de la Mère :
<u>Personne à prévenir en cas d'urgence :</u>	
Nom, Prénom :	N° de Portable :
Composition de la famille, frères et sœurs :	

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant bénéficiait-il au collège d'un projet d'accueil individualisé (PAI) : OUI NON

Votre enfant est-il atteint d'une maladie ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Affection respiratoire, cardiaque ou rénale	Hémophilie
Allergies (préciser à quoi)	Maladie de Crohn
Asthme	Diabète
Epilepsie	Autres

Votre enfant a-t-il un handicap ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	Moteur		Auditif :
	Visuel		Autre (précisez) :

Est-il connu de la MDPH ? : OUI NON

Votre enfant présente-t-il une difficulté dans les apprentissages ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	A l'écrit : dyslexie		Autre (précisez) :

Votre enfant prend-t-il un traitement médical régulier ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	Si oui lequel ?		

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	Si oui le(s)quel(les) ?		

Votre enfant est-il suivi en consultation spécialisée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
	Ophthalmologie		ORL
	Orthophonie		Psychothérapie
	Orthopédie		Autres :

Votre enfant a-t-il bénéficié d'aménagement pour un examen ? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu un PAP ? OUI NON

Votre enfant a-t-il eu un PAI ? OUI NON

Nom et N° de Téléphone du Médecin traitant :	
--	--

Vaccination :

Date du dernier rappel ou la dernière injection antitétanique :	
---	--

Fait à.....Le.....

Signature :

☞ N'oubliez pas de joindre des photocopies des différentes vaccinations lors de la première inscription dans l'Etablissement.

☞ Les médicaments doivent être déposés à l'infirmerie avec la photocopie de l'ordonnance. En l'absence de l'Infirmière, une personne de la vie scolaire pourra les donner.