



Photo à
coller

INFIRMERIE - ANNEE : 2023/2024

ÉCRIRE EN **MAJUSCULE** SVP

Nom de l'élève :

Prénom :

Date de naissance :

Tél portable de l'élève :

Inscrit en : Régime : Interne - externe -1/2 Pension

ADRESSE des PARENTS ou RESPONSABLE LEGAL

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

EN CAS D'URGENCE : IMPORTANT

A) Quels numéros de téléphone appeler ?

Domicile mère : portable :

père : portable :

Travail mère : portable :

père : portable :

Voisin, ami, famille : Tél :

..... Tél :

B) Adulte autorisé à prendre en charge l'élève en cas d'indisponibilité des parents

Nom : Tél :

Nom : Tél :

Adresse :

C) Nom et Tél. du médecin de famille :

Tél :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

- Votre enfant prend-il habituellement des médicaments ?

☐ non ☐ oui tous les jours : ☐ matin ☐ midi ☐ soir

Lesquels :

- Votre enfant a-t-il :

☐ Diabète ☐ Asthme ☐ Angoisse ☐ spasmophilie ☐ Drépanocytose

☐ Autres maladies :

- Votre enfant souffre-t-il d'allergies médicamenteuses, alimentaires ou autres ?

☐ oui ☐ non ☐ avec injection d'adrénaline

Si oui précisez :

☐ Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

- Votre enfant est-il connu pour :

☐ Dyslexie ☐ Autres dys : ☐ Aménagements DNB

- Votre enfant a-t-il un suivi :

☐ médical :

☐ chirurgical :

☐ psychologique :

* Si vous désirez communiquer des renseignements complémentaires à l'infirmière,
Téléphonez au 02 38 79 10 33 ou envoyer un mail ou un courrier sous pli cacheté.

bfranklin.infirmierie@ac-orleans-tours.fr

Fournir la photocopie du carnet de Vaccinations de l'élève

Etablissement scolaire fréquenté l'an dernier :

Date :		Signature des personnes responsables :	
Père	Mère	Tuteur légal	



Photo à
coller

INFIRMERIE - ANNEE : 2023/2024

ECRIRE EN **MAJUSCULE** SVP

Nom de l'élève :

Prénom :

Date de naissance :

Tél portable de l'élève :

Inscrit en : Régime : Interne - externe -1/2 Pension

ADRESSE des PARENTS ou RESPONSABLE LEGAL

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

EN CAS D'URGENCE : IMPORTANT

A) Quels numéros de téléphone appeler ?

Domicile mère : portable :

père : portable :

Travail mère : portable :

père : portable :

Voisin, ami, famille : Tél :

..... Tél :

B) Adulte autorisé à prendre en charge l'élève en cas d'indisponibilité des parents

Nom : Tél :

Nom : Tél :

Adresse :

C) Nom et Tél. du médecin de famille :

Tél :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

- Votre enfant prend-il habituellement des médicaments ?

☐ non ☐ oui tous les jours : ☐ matin ☐ midi ☐ soir

Lesquels :

- Votre enfant a-t-il :

☐ Diabète ☐ Asthme ☐ Angoisse ☐ spasmophilie ☐ Drépanocytose

☐ Autres maladies :

- Votre enfant souffre-t-il d'allergies médicamenteuses, alimentaires ou autres ?

☐ oui ☐ non ☐ avec injection d'adrénaline

Si oui précisez :

☐ Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

- Votre enfant est-il connu pour :

☐ Dyslexie ☐ Autres dys : ☐ Aménagements DNB

- Votre enfant a-t-il un suivi :

☐ médical :

☐ chirurgical :

☐ psychologique :

* Si vous désirez communiquer des renseignements complémentaires à l'infirmière,
Téléphonez au 02 38 79 10 33 ou envoyer un mail ou un courrier sous pli cacheté.

bfranklin.infirmierie@ac-orleans-tours.fr

Fournir la photocopie du carnet de Vaccinations de l'élève

Etablissement scolaire fréquenté l'an dernier :

Date :	Signature des personnes responsables :	
Père	Mère	Tuteur légal