



INFIRMERIE - ANNEE : 2024/2025

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 DU 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 :

TSVP



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX :

- 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

