

## FICHE INFIRMERIE

Année scolaire 2024 - 2025

photo d'identité récente

[Ce document n'est pas confidentiel](#)

Classe :

Elève Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Sexe :

Nationalité :

Adresse de l'étudiant

Téléphone :

Mail :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : Représentant  
légal 1 :

Civilité :M. MNE Nom :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Profession :

Téléphone :

Tél. en cas d'urgence médicale :

Représentant légal 2 :

Civilité :M. MME Nom :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Profession :

Téléphone :

Tél. en cas d'urgence médicale :

Autre personne de confiance à appeler en cas d'impossibilité de joindre les deux représentants légaux  
Nom N° de tel

Lien avec la famille :

Adresse du dernier établissement fréquenté :

Nom :

Rue :

Code postal :

Ville :

Classe :

Date du dernier rappel de vaccination :

D.T.P. ou vaccin antitétanique :

Antécédents médicaux Allergie ou pathologie déclarée (exemple : asthme) :

Traitement médical :

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant :

L'an passé, a-t-il été mis en place pour l'étudiant : (si oui, merci de nous transmettre une copie) -

Un PAI \*                      PAP \*                      PPS \* (MDPH)

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

Signature de l'apprenant (pour les élèves mineurs)

Signature élève majeur

Important : \*Pour nous transmettre une copie des documents cités ci-dessus ou toute autre information confidentielle, merci de les adresser sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmier.