

# Fiche infirmerie

**Année scolaire : 2026 – 2027**

## FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS \*

Nom : ..... Prénom : .....  
 Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :  
 .....  
 .....  
 .....

N° et adresse du centre de sécurité sociale : .....

N° et adresse de l'assurance scolaire : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile : .....
2. N° du père - Portable : ..... Travail : .....
3. N° de la mère - Portable : ..... Travail : .....
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :** .....

**Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :** .....

Observations particulières que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) :  
 .....  
 .....  
 .....

A ..... le ..... **Signature des parents ou du représentant légal :**

\*DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des **informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée** adressée au médecin ou à l'infirmière de l'établissement.

## FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, ces données seront traitées par les infirmières de l'établissement scolaire.

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

(Exemple : asthme, épilepsie, migraines, diabète, troubles anxieux...)

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :

Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmier avec une ordonnance datant de moins de 3 mois.

ALLERGIE(S) :

L'élève a-t-il des allergies ?    Médicamenteuses ?     OUI     NON  
   Alimentaires ?                     OUI     NON  
   Autres ?                                 OUI     NON

Si oui lesquelles ?

### Projet d'accueil individualisé (PAI) :

- A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ?     OUI     NON

(Si oui, merci de bien joindre une copie du PAI.)

- Souhaitez-vous mettre en place un PAI ?                                     OUI     NON

- Est-ce que vous nous autorisez à diffuser le protocole d'urgence du PAI à l'équipe pédagogique :     OUI     NON

### Troubles de la santé ou troubles de l'apprentissage :

Concernant les troubles suivants, sauf information contraire de votre part, sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour qu'elle élabore : PAP-GeVASCO- Demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

Si vous refusez la transmission à l'équipe éducative, cochez cette case :   

La personne présente-elle un des troubles suivants :

- Dyslexie     OUI     NON
- Dysorthographe                                 OUI     NON
- Dyscalculie                                       OUI     NON
- Dyspraxie                                         OUI     NON
- Déficience visuelle                             OUI     NON
- Déficience auditive                             OUI     NON
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA)       OUI     NON
- Autre ? Précisez : \_\_\_\_\_

Si vous avez coché « oui », merci de joindre une copie des documents + bilans médicaux ou paramédicaux récents.

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé.

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_\_

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur :