

Fiche de renseignements infirmiers CONFIDENTIELLE
Année scolaire 2026 / 2027

APPRENANT

Nom (en majuscules).....

Prénoms.....

Classe:

Filière:

Date de naissance...../...../..... **Né(e) à**.....**Département**.....**Pays**.....
Majeur(e)

Adresse.....
.....
.....
.....

CHEZ : Parents Mère Père garde alternée Autre parent, précisez :
 En foyer, précisez la structure..... Famille d' Accueil Autre
situation.....
 *autonome

Numéro de téléphone de l' apprenant :/...../...../...../.....

Regime: interne Demi-pensionnaire Externe

 Nouvel arrivant dans l'établissement scolaire pour la rentrée de septembre

 Changement de région académique pour la rentrée de septembre

RESPONSABLES LEGAUX/ PERSONNES A PREVENIR

PERE

NOM ET PRENOM :

Numéro de portable :/...../...../...../.....**Numéro professionnel**...../...../...../...../.....

MERE

NOM ET PRENOM :

Numéro de portable :/...../...../...../.....**Numéro professionnel**...../...../...../...../.....

FAMILLE D'ACCUEIL

Nom et Prénom du tuteur:

Numéro de portable du tuteur:...../...../...../...../.....**Numéro du domicile:**...../...../...../...../.....

AUTRE PERSONNE REFERENTE, précisez :

NOM ET PRENOM :

Numéro de portable :/...../...../...../.....**Numéro professionnel**...../...../...../...../.....

Information complémentaire à porter à la connaissance de l'infirmière scolaire pour une prise en charge optimale

Personne a prévenir en premier:

situation particulière :

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :.....

Numéro de sécurité sociale de l'apprenant :

.....

Joindre la photocopie de la carte vitale et du carnet de santé (partie vaccinations).

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

Maladie(s) chronique(s) :

.....

....

-Maladie(s) chronique(s) nécessitant UN PROJET D ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I.):

oui/non

Professionnel de santé qui suit l'apprenant pour cette pathologie :

.....

-Antécédent ou pathologie au long cours nécessitant une dispense partielle ou totale d'activité physique et sportive :

oui/non

Remplir le document PAI ci -joint partie 2b signé par le médecin traitant de l'apprenant ainsi que le Certificat Médical d' Inaptitude.