



FICHE CONFIDENTIELLE DE SANTÉ

(À REMETTRE À L'INFIRMIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT SOUS ENVELOPPE CACHETÉE)

Année scolaire 2026/2027

ÉLÈVE / ÉTUDIANT		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance : / / à	Classe :	
N° de portable : / / / /	N° sécurité social :	
REPRÉSENTANTS LÉGAUX		
Responsable légal n° 1 :	Responsable légal n° 2 :	
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom :	Nom :	
Adresse :	Adresse :	
N° de portable : / / / /	N° de portable : / / / /	
N° de domicile : / / / /	N° de domicile : / / / /	
N° du travail : / / / /	N° du travail : / / / /	
INFORMATIONS SANTÉ		
Médecin traitant	Vaccin antitétanique (joindre les copies des pages de vaccinations)	
Nom :	Date du dernier rappel : / /	
N° téléphone : / / / /		
Votre enfant présente-t-il :		
Des troubles de la santé et/ou de la santé psychologique	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser les troubles de la santé :
Des troubles visuels Correction : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser les troubles visuels :
Des troubles auditifs	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser les troubles auditifs :

Des allergies Asthme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser les allergies :
Traitement à prendre sur le temps scolaire IMPORTANT : les médicaments sont à déposer à l'infirmerie avec la prescription médicale, datée, nominative, qualitative et quantitative. Les élèves en possession de médicaments le sont sous la responsabilité de leurs parents ou du responsable légal. Pour joindre l'infirmerie, Mme TOUTIN : 05.65.27.04.08	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Merci de préciser nom du produit et dosage :



INFORMATIONS SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Antécédents médicaux
Antécédents chirurgicaux

Autres renseignements que vous jugeriez utile de nous communiquer :

.....
.....
.....
.....
.....

AUTORISATION POUR L'ÉLÈVE MINEUR

En cas de maladie ou d'accident survenant au lycée :

Je soussigné(e), père mère tuteur

de l'élève nommé, né le / / 20.....

scolarisé en classe de

l'autorise

ne l'autorise pas

À se rendre SEUL, après AVIS de l'INFIRMIÈRE Mme TOUTIN, chez un praticien local et/ou à la pharmacie.

À son retour, l'élève se présentera à l'infirmerie et/ou à la vie scolaire

SIGNATURES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal n° 1 :	Responsable légal n° 2 :
Fait à : Le / / 20.....	Fait à : Le / / 20.....