

DOSSIER INFIRMERIE



QUESTIONNAIRE SANTE

NOM : **PRENOM :** **CLASSE :**

Date de naissance :

↪ **VACCINATIONS**



IMPORTANT :

Veillez joindre la photocopie de TOUTES les vaccinations

↪ **DEFAUT DE LA VUE :**

Si OUI, lequel ?

♦ Lunettes : Oui Non

♦ Lentilles : Oui Non

↪ **DEFAUT DE L'AUDITION :**

♦ Si OUI, lequel ?

♦ Appareillage : Oui Non

↪ **MALADIES ANTERIEURES :**

↪ **INTERVENTIONS CHIRURGICALES SUBIES :**

↪ **AFFECTIONS ACTUELLEMENT TRAITEES ET MEDICAMENT :**

.....
.....

↪ **ALLERGIES OU CONTRE-INDICATIONS MEDICAMENTEUSES** :

.....

↪ **PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES** :

.....

↪ **AUTRES** :

Si des documents mentionnant des **aménagements (DYS....PAI...)** ont été mis en place au collège, ou au lycée, veuillez contacter l'infirmière et les lui transmettre si vous souhaitez les reconduire.

**Si vous souhaitez que ces renseignements demeurent confidentiels,
veuillez, adresser cette feuille sous pli fermé à l'infirmière de
l'établissement.**

IMPORTANT :

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 et remplir également la **fiche d'urgence qui sera remise au service de secours d'urgence en cas d'hospitalisation.**

❶ 📞 Domicile du père : de la mère :
(si différent)

❷ 📞 Travail du père : Poste : Portable :

❸ 📞 Travail de la mère : Poste : Portable :

Nom et 📞 d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

Correspondant obligatoire pour les élèves **internes** : Nom et 📞

.....



MEDECIN TRAITANT :

Nom



.....

Adresse

.....