



FICHE INFIRMERIE **LYCEE JULES MICHELET**

Année scolaire 2026-2027

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Classe : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Vaccinations : Merci de joindre la photocopie des vaccinations pour les nouveaux élèves.

Problèmes visuels : OUI NON si oui, lequel ? _____

Problèmes auditifs : OUI NON si oui, lequel ? _____

Appareillage : OUI NON

ANTÉCÉDENTS

Merci de mentionner les antécédents médicaux pouvant avoir une incidence sur la santé et la scolarité de votre enfant (maladies, interventions chirurgicales...) : _____

PROBLÈME(S) DE SANTÉ ACTUEL(S)

OUI NON

Si traitement à prendre durant le temps scolaire, informer l'infirmier(ère) et **joindre obligatoirement l'ordonnance du médecin valable sur l'année scolaire en cours(*)**

PRECISEZ : _____

***Pour les élèves internes prenant un traitement, merci de fournir un pilulier (lundi à vendredi - matin, midi, soir) étiqueté au nom et prénom de votre enfant.**

Allergies : _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier : OUI NON

Si oui, lequel ? _____

Suivi psychologique : OUI NON

PRECISEZ : _____

PAI : L'élève bénéficie-t-il d'un PAI ? : OUI NON

Autres renseignements que vous souhaiteriez porter à la connaissance de l'infirmier(ère) :

Si vous souhaitez que ces renseignements demeurent confidentiels, veuillez adresser cette feuille sous pli fermé à l'attention de l'infirmier(ère) de l'établissement.