



2, Rue Julien Dupont – BP 10
97424 – PITON SILEU
☎ : 02.62.34.31.71 / Fax : 02.62.34.18.60
E-mail : ce9740546a@ac-reunion.fr

FICHE INFIRMERIE / 2024 / 2025

Classe : 6e 5^e
 4e 3e

◆ IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM : PRENOM(S) :
 Sexe : Masculin Féminin (soulignez le prénom usuel)
 Date de Naissance :/...../..... Commune de Naissance :
 Adresse :
 Établissement précédent : Classe de l'année dernière :

◆ RENSEIGNEMENTS SANTÉ :

Médecin traitant : Téléphone :
 Antécédents médicaux et chirurgicaux :
 Allergies et maladies chroniques nécessitant un traitement au collège (aucun médicament ne peut être délivré sans ordonnance) :
 POIDS : TAILLE : D.T.P. Fait le : Port de lunettes : OUI NON
 NUMERO DE SECURITE SOCIALE :
 Mutuelle complémentaire (nom et numéro) :

Signature RESPONSABLE LEGAL :

Date :



2, Rue Julien Dupont – BP 10
97424 – PITON SILEU
☎ : 02.62.34.31.71 / Fax : 02.62.34.18.60
E-mail : ce9740546a@ac-reunion.fr

FICHE INFIRMERIE / 2024 / 2025

Classe : 6e 5^e
 4e 3e

◆ IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM : PRENOM(S) :
 Sexe : Masculin Féminin (soulignez le prénom usuel)
 Date de Naissance :/...../..... Commune de Naissance :
 Adresse :
 Établissement précédent : Classe de l'année dernière :

◆ RENSEIGNEMENTS SANTÉ :

Médecin traitant : Téléphone :
 Antécédents médicaux et chirurgicaux :
 Allergies et maladies chroniques nécessitant un traitement au collège (aucun médicament ne peut être délivré sans ordonnance) :
 POIDS : TAILLE : D.T.P. Fait le : Port de lunettes : OUI NON
 NUMERO DE SECURITE SOCIALE :
 Mutuelle complémentaire (nom et numéro) :

Signature RESPONSABLE LEGAL :

Date :