

DOCUMENT CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Nom : Prénom(s) :

Niveau de Classe (en 2025/26) : Date de naissance :

Nom et adresse des parents (ou du représentant légal) :

En cas d'accident, l'établissement doit pouvoir contacter la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant tous les numéros de téléphone auxquels nous pourrions vous joindre rapidement :

Contact téléphonique de la mère (ou représentant légal)

Domicile :

Portable :

Travail :

Contact téléphonique du père (ou représentant légal)

Domicile :

Portable :

Travail :

Nom et n° de téléphone d'une autre personne susceptible de vous prévenir rapidement (voisins, amis,...) :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est pris en charge par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est avertie dans les meilleurs délais. L'élève mineur devra sortir de l'hôpital accompagné de sa famille.

A :

Le :

**Signature des parents :
(ou représentant légal)**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il :

- Un problème de santé : OUI NON Si oui, lequel.....
- Un traitement en cours : OUI NON Si oui, lequel.....
- Une allergie alimentaire ou autre : OUI NON Si oui, laquelle.....
- Un suivi particulier :
 - Orthophoniste ☐
 - Psychologue ☐
 - Kinésithérapeute ☐
 - Autre ☐ Lequel :
- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : (Le dernier rappel doit avoir été fait entre 11 et 13 ans)

TSVP ↘

POUR ACCOMPAGNER SA SCOLARITE, VOTRE ENFANT DISPOSE-T-IL

- D'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ☐ *Merci de prendre contact avec l'infirmière pour sa mise en place.*
- D'un PAP (Projet d'Accompagnement Pédagogique) ☐
- D'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) ☐
- Un dossier MDPH ☐

Pour tout aménagement, merci de nous fournir les documents dès la rentrée.

Si votre enfant doit prendre un traitement sur le temps scolaire, merci de bien vouloir fournir à l'infirmière :

- L'ordonnance,
- Le(s) médicament(s),
- L'autorisation ci-dessous datée et signée :

***Madame, Monsieur, autorise l'infirmière à
administrer le traitement à mon enfant (selon l'ordonnance fournie).***

Date

Signature