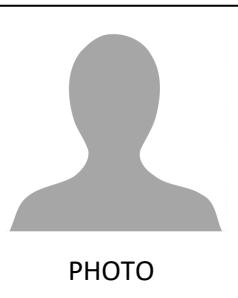


FICHE INFIRMERIE

2nde	CAP	1ere
Terminale	BTS	



PHOTO

IDENTITE DE L 'ELEVE

NOM :

Date de naissance :

Prénoms :

Adresse :



Fixe :



Établissement précédent :



RENSEIGNEMENTS SANTE



MEDECIN TRAITANT :

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

Allergies : NON

OUI →

Si votre enfant a besoin de prendre un traitement sur le temps scolaire, merci de me faire parvenir la prescription médicale et le traitement



(Exemple : Paracétamol, Spasfon, Antadys, Ibuprofène, etc...)

Maladies chroniques nécessitant un PAI : NON OUI

Asthme Diabète Epilepsie Migraine Autre :

Trouble des apprentissages nécessitant un PPS : NON OUI

Suivi : NON OUI →

Autre dispositif médical : Orthodontie Lunettes Autre



0262 96 49 40



michel.tambon@ac-reunion.fr



0692 06 86 42

Date :

Signature du responsable légal :