

**FICHE MÉDICALE DES ÉTUDIANTS**  
**ANNÉE SCOLAIRE 2022/2023**

**(A ne remplir qu'en cas de troubles de la santé et à remettre sous pli cacheté à l'attention du médecin ou de l'infirmière scolaire)**

CLASSE : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Ligne fixe : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ÉTUDIANT

Maladie : \_\_\_\_\_

Traitement : \_\_\_\_\_

Handicap : \_\_\_\_\_ Dossier MDPH oui O non O

Allergie : \_\_\_\_\_

Contre-indication médicamenteuse, alimentaire... :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

SIGNATURES :

RESPONSABLE LEGAL (si étudiant mineur)	ÉTUDIANT