

FICHE MÉDICALE DES ÉTUDIANTS

(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)

ANNÉE SCOLAIRE 2024 - 2025

CLASSE :

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Portable :

Ligne fixe :

Email :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ETUDIANT

Maladie :

Traitement :

PAI oui O non O

Handicap :

Dossier MDPH oui O non O

PAP les années précédentes oui O non O

Aménagements pour le BAC oui O non O

Allergie :

Contre-indication médicamenteuse, alimentaire... :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

Téléphone:

SIGNATURES:

| RESPONSABLE LEGAL (si étudiant mineur) | ÉTUDIANT |
|--|----------|
| | |

NB = Veuillez prendre contact avec l'infirmière à la rentrée scolaire pour la mise en place d'éventuels aménagements.