

# 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 2025 - 2026

CLASSE :

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance :

Sexe :

Adresse :

Portable personnel :

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

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.