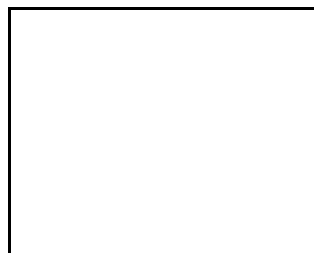




Année Scolaire 2026-2027

PHOTO



Feuille de renseignements concernant les nouveaux élèves qui sera conservée à l'infirmierie pendant toute la scolarité de l'élève.

**Madame DELACUISINE**

[infirmierie@collegesaintemarieaire.com](mailto:infirmierie@collegesaintemarieaire.com)

**DANS L'INTERET DE VOTRE ENFANT, VEUILLEZ REMPLIR LE PRESENT  
IMPRIME AVEC PRECISION ET LE RETOURNER A L'ACCUEIL POUR  
LE : 22 MAI 2026.**

**IDENTIFICATION DE L'ELEVE**

**NOM élève:**

**PRENOM de l'élève :**

**Date de naissance :**

**Classe :**

**Sexe :** F ☐ M ☐

**Régime :** Externe ☐ DP ☐

**PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX**

| NOM                    | PRENOM | PORTABLE | DOMICILE | TRAVAIL | PROFESSION |
|------------------------|--------|----------|----------|---------|------------|
| Père :                 |        |          |          |         |            |
| Mère :                 |        |          |          |         |            |
| Adresse Père :         |        |          |          |         |            |
| Adresse mère :         |        |          |          |         |            |
| Si vous êtes absents : |        |          |          |         |            |

En cas d'urgences, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgences vers l'hôpital le plus adapté. La famille est impérativement avertie par nos soins.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**Antécédents médicaux :**

OUI ☐ NON ☐

**Antécédents chirurgicaux :**

OUI ☐ NON ☐

**Souffre-t-il d'allergies (alimentaires, médicamenteuses ou autres) ?**

OUI ☐ NON ☐

**Si oui, lesquelles ?**

**Quel est son traitement ?**

**Est-il asthmatique ?**

OUI ☐

NON ☐

**Quel est son traitement ?**

**Souffre-t-il d'une maladie ?**

OUI ☐

NON ☐

**La ou lesquelles ?**

**Prend-il un traitement ?**

OUI ☐

NON ☐

**Lequel ?**

**Est-il sujet à la crise de :**

Spasmophilie ☐

Tétanie ☐

Epilepsie ☐

**Suit-il un traitement ?**

oui ☐

NON ☐

**Lequel ?**

**Aucun médicament ne peut être pris sans l'ordonnance du médecin.**

**Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'infirmierie :**

|  |                         |  |
|--|-------------------------|--|
|  | <b>LES VACCINATIONS</b> |  |
|--|-------------------------|--|

Joindre une copie du carnet de santé pour les vaccinations obligatoires

B.C.G. Date :

D.T. polio avec rappel tous les cinq ans Date :

Ainsi que le vaccin contre la rubéole, la rougeole, les oreillons Date :

**NOM, ADRESSE, TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT**

...

...

...

Dans l'impossibilité de vous contacter par téléphone, vous souhaitez que votre enfant soit admis à l'hôpital ou la clinique ?

Nom :

Adresse :

Téléphone :

**EN CAS D'URGENCE :**

Votre enfant sera admis à l'hôpital choisi par le médecin qui aura examiné votre enfant.

**Nom et Adresse de l'école fréquentée l'année précédente:**

En classe de :

Êtes-vous affiliés à une caisse de Sécurité Sociale ? OUI ☐ NON ☐

Êtes-vous assurés à une complémentaire ? OUI ☐ NON ☐

L'élève a-t-il été opéré des amygdales ? OUI ☐ NON ☐

L'élève a-t-il été opéré des végétations ? OUI ☐ NON ☐

A-t-il subi une opération chirurgicale ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, laquelle ?

A-t-il eu des maladies infantiles ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquelles ?

Autres maladies : OUI ☐ NON ☐

Si oui, lesquelles

Contre-indication à certains médicaments ? OUI ☐ NON ☐

Contre-indication à certaines pommades ? OUI ☐ NON ☐

Contre-indication à certains antiseptiques ? OUI ☐ NON ☐

Contre-indication aux gants latex ? OUI ☐ NON ☐

**LES MEDICAMENTS QUE VOTRE ENFANT SERAIT SUSCEPTIBLE DE PRENDRE DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT DOIVENT IMPERATIVEMENT ETRE DEPOSES A L'INFIRMERIE.**

**IMPORTANT :** Observations éventuelles concernant l'état de santé de votre enfant et en particulier celles relatives à la pratique du sport :

Date et signature :