



François d'Assise Nicolas Barré  
Ecole – Collège – Lycée

# QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Année scolaire 2023 / 2024

Photo  
d'identité

## JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS

NOM : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Taille : .....m..... Poids : .....Kg

**Veillez cocher la bonne case et si besoin, merci de compléter les indications.**

L'élève porte-il ?

- Lunettes  Lentilles  Appareil dentaire  
 Prothèses auditives  
 Autre :

Est-il allergique ?

- Médicaments, lesquels ?.....  
.....  
 Piqûres d'insectes, lesquels ?.....  
 Certains aliments, lesquels ?.....

**Traitement :**

*(Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance)*

Est-il ?

- Diabétique  Epileptique  Hémophile  Cardiaque  
 Spasmophile  Tétanique  
 Epistaxis (saignement de nez)  
 Autre : .....

**Traitement :**

*(Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance)*

Asthmatique

**Traitement :**

*(Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance)*



<input type="checkbox"/> Est-il sujet aux migraines ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <b>Traitement :</b> <i>(Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance)</i>
<input type="checkbox"/> A-t-il subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Laquelle et en quelle année : .....
<input type="checkbox"/> Est-il suivi par un médecin, spécialistes divers, psychologue, psychiatre, CMP, ... ?  <input type="checkbox"/> Suit-il un traitement à la maison ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom du Médecin : .....  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel :
<input type="checkbox"/> Suit-il un traitement anti-acnéique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Lequel :

Un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé), **PRI** (Projet de Restauration Individualisé) **PPR** (Protocole Panier Repas) .....a-t-il été mis en place les années précédentes ?  Oui     Non  
 Pour quelles raisons ?.....

Une demande est -elle en cours pour cette année :  Oui     Non

- PAI**  
Précisez : .....
- PRI**
- PPR**
- Autre** : .....

Pour toutes autres informations non mentionnées ci-dessus, n'hésitez pas à prendre contact avec l'**infirmière**.  
 Ce questionnaire **strictement confidentiel** sera **remis dans une enveloppe fermée à l'attention de l'Infirmière**

**Infirmierie Lycée** : 97 70 25 96

**Infirmierie Collège** : 92 00 02 61

**Infirmierie Ecole** : 97 97 10 51

Date et Signature du **Responsable Légal** :