



François d'Assise Nicolas Barré  
Ecole – Collège – Lycée

# QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Année scolaire 2024/2025

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.**

<input type="checkbox"/> L'élève porte-il ?	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles <input type="checkbox"/> Appareil dentaire <input type="checkbox"/> Prothèses auditives <input type="checkbox"/> Autre :
---	---

<input type="checkbox"/> Est-il allergique ?	<input type="checkbox"/> Médicaments, lesquels ?..... ..... <input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes, lesquels ?..... <input type="checkbox"/> Certains aliments, lesquels ?.....  <b>Traitement :</b> <i>(Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance)</i>
--	---

<input type="checkbox"/> Est-il ?	<input type="checkbox"/> Diabétique <input type="checkbox"/> Epileptique <input type="checkbox"/> Hémophile <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Spasmophile <input type="checkbox"/> Tétanique <input type="checkbox"/> Epistaxis (saignement de nez) <input type="checkbox"/> Autre : ..... <b>Traitement :</b> <i>(Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance)</i>  <input type="checkbox"/> Asthmatique <b>Traitement :</b> <i>(Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance)</i>
-----------------------------------	---

<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, ... ?  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 **PAP** (Projet d'Accompagnement Personnalisé), **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

- PAP**  
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** :