



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 ?..... Traitement : <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 : Traitement : <i>(Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance)</i> <input type="checkbox"/> Asthmatique Traitement : <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 Traitement : <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 **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) ou un **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 :

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** :