



# Questionnaire Médical Confidentiel

## Année Scolaire 2025/2026

### Réservé à l'infirmière (Ne rien inscrire dans ce cadre)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PAI : .....         | <input type="checkbox"/> Autres : ..... |
| <input type="checkbox"/> PPR                 | <input type="checkbox"/> .....          |
| <input type="checkbox"/> PRI                 | <input type="checkbox"/> .....          |
| <input type="checkbox"/> Allergie(s) : ..... | <input type="checkbox"/> .....          |

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<br><input type="checkbox"/> Prothèses auditives<br><input type="checkbox"/> Autre : ..... |
|---|---|

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

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <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<br><input type="checkbox"/> Tétanique<br><input type="checkbox"/> Epistaxis (saignement de nez)<br><input type="checkbox"/> Autre : ..... |
|-----------------------------------|---|
- Traitement :**  
*(Joindre obligatoirement une photocopie de l'ordonnance)*  
.....  
.....  
.....

	<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 **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

Date et Signature du **Responsable Légal** :