



## FICHE INFIRMERIE

Contact infirmerie : 01 44 38 78 81  
Mail : infirmerie.buffon@gmail.com

CLASSE en **2025-2026**:

### Identité de l'élève

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Sexe (M ou F) : \_\_\_\_\_ Classe (en 2024/25) : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Demi-pensionnaire : \_\_\_\_\_ Externe : \_\_\_\_\_ N° portable de l'élève : \_\_\_\_\_  
Mail de l'élève : \_\_\_\_\_

### Responsable légal 1

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### Responsable légal 2

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

### Personne à contacter en cas d'absence des responsables légaux

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Téléphone domicile : \_\_\_\_\_  
Téléphone travail : \_\_\_\_\_  
Téléphone portable : \_\_\_\_\_

### Autres renseignements

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence**, après appel du SAMU, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. **La famille est immédiatement avertie par l'établissement scolaire et doit être joignable.** Tout élève mineur doit être accompagné par un adulte au cours de son hospitalisation.

### Informations complémentaires

Date du dernier rappel antitétanique : \_\_\_\_\_

**Si votre enfant est atteint d'une maladie susceptible** d'avoir un retentissement sur sa vie au sein de l'école ou de l'établissement, veuillez transmettre un courrier sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin scolaire et/ou de l'infirmière scolaire. (allergies, traitements en cours accompagnés d'une ordonnance à fournir impérativement en début d'année à l'infirmerie, précautions particulières à prendre...) :

Votre enfant avait-il un :

-Projet d'Accueil Individualisé (PAI) en 2024 /25 : \_\_\_\_\_ oui / non

-Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) en 2024 /25 : \_\_\_\_\_ oui / non

-Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) en 2024 /25 : \_\_\_\_\_ oui / non

-Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi orthophonique ? : \_\_\_\_\_ oui / non

Si oui, pour quelles raisons?