

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A METTRE SOUS ENVELOPPE SI DONNEES SENSIBLES.

(A COMPLETER SI BESOIN)

NOM

PRENOM

DATE DE NAISSANCE

/

/

CLASSE

N° DE PORTABLE ELEVE

ADRESSE POSTALE

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :
CENTRE

Lycée Joffre

150, allée de la Citadelle
34060 Montpellier Cedex

Téléphone
04 67 14 84 84

Courriel
Ce.0340038g@ac-montpellier.fr

INFIRMERIE

Téléphone
04 67 14 84 80

Courriel
Infirmierie.joffre@ac-montpellier.fr

Médecin

Médecin Traitant

Spécialiste

| NOM | | |
|------------|--|--|
| Prénom | | |
| spécialité | | |
| Adresse | | |
| Travail | | |
| Email | | |

OBSERVATIONS PARTICULIERES :

- MALADIE OU HANDICAP

Oui

Non

Précisez

- TRAITEMENTS

Oui (JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DE L'ORDONNANCE)

Non

Lesquels

- ANTECEDENTS médicaux, chirurgicaux, psy, ...

Oui

Non

Lesquels

- ALLERGIES

Oui

Non

Lesquelles

- PAI (pensez à joindre l'ancien document)

Oui

Non

Précisez

- PAP ou PPS

Oui

Non

Précisez

- Autres précisions

Fait à

le

SIGNATURE(S)