

📞 Tél infirmerie = 04 79 68 79 12

@Mail infirmerie = [infirmerie@injs.fr](mailto:infirmerie@injs.fr)

**Fiche individuelle de renseignements médicaux**  
**A faire remplir par un Médecin.**

**A joindre au dossier et destiné au Médecin de l'INJS.**

Nom du médecin traitant :

Tél :

Adresse :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

✉ Adresse :

📞 Tél Mère =

@Mail =

📞 Tél père =

@Mail=

Personne à contacter en cas d'absence des parents ou pour les élèves majeurs, une personne de confiance :

Nom prénom

Adresse=

📞 Tél =

@Mail=

Lien de parenté :

Dates des dernières vaccinations obligatoires =

DTP=

ROR=

L'enfant a-t-il déjà été vacciné contre la COVID 19 ?  oui    Dates :

non

A-t-il déjà eu la COVID 19 ?

oui    Dates :

non



Poids =

Taille =

TA=

Vue =

Correction optique : oui non

Régime alimentaire spécifique: oui non Si oui préciser :

Aptitude au sport : oui non

Si inaptitude ou aménagement, fournir **obligatoirement** un certificat médical

Allergies connues : oui non

\*médicamenteuses=

\*Alimentaires =

Si allergie alimentaire connue, fournir **obligatoirement** un certificat médical pour transmission au service de cuisine.

\*autre=

Antécédents :

\*médicaux :

\*chirurgicaux :

Traitement médical en cours : oui non Si oui, fournir **obligatoirement** une ordonnance

Information complémentaire vous paraissant importante à transmettre concernant la santé de l'enfant :

Nom du médecin traitant :

Cachet :

Date :

Signature :