

FICHE INFIRMERIE / FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2026/2027

Document non confidentiel à remplir, signer et remettre au professeur principal de votre enfant.

→ A noter : Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, le document peut être transmis sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière scolaire.

COORDONNÉES DE L'ÉLÈVE

- Prénom : Classe :
- NOM : Site : ☐ Mearag ☐ Maadi ☐ New Cairo ☐ Zamalek
- Date de naissance : Lieu de naissance :
- Adresse postale :

COORDONNÉES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Coordonnées du responsable légal 1

- Prénom :
- NOM :
- Adresse postale (si différente de l'élève) :
.....
- Profession :
- N° domicile :
- N° professionnel :
- N° portable :
- Email :

Coordonnées du responsable légal 2

- Prénom :
- NOM :
- Adresse postale (si différente de l'élève) :
.....
- Profession :
- N° domicile :
- N° professionnel :
- N° portable :
- Email :

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence, 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 nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Merci de faciliter notre mission en nous indiquant au minimum 2 noms et numéros de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement en cas d'absence de votre part :

- Prénom : Nom : N° de portable :
- Prénom : Nom : N° de portable :

Pour plus de détails concernant le pôle santé du LFC (contacts, prise en charge, vaccination, assurance, etc.), merci de consulter notre rubrique Santé sur notre site internet (<https://www.lfcaire.org/informations-pratiques/sante/>) ou de scanner le QR Code suivant :



RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES

VACCINATIONS

Dates de vaccination de l'enfant :

- ROR ou MMR (Rougeole – Oreillon - Rubéole) : 1^{ère} injection : 2^{ème} injection :
- Dernier rappel DTP (Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite) :

MALADIES

- ☐ asthme ☐ diabète ☐ épilepsie ☐ favisme ☐ scoliose ☐ affection cardiaque
- ☐ allergie (à préciser) :
- ☐ autres (à préciser) :

Votre enfant suit-il un traitement ? ☐ non ☐ oui – à préciser :

A noter : pour toute prise de médicaments pendant le temps scolaire, apporter obligatoirement les médicaments et l'ordonnance à l'infirmerie (ne pas les garder dans le sac).

SUIVI SPÉCIFIQUE

- ☐ orthophoniste ☐ psychomotricité ☐ psychologue ☐ autre-à préciser :
- ☐ PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative)
- ☐ PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)
- > troubles spécifiques des apprentissages : ☐ dyslexie ☐ dysorthographe ☐ dysgraphie ☐ dyscalculie ☐ dysphasie
☐ dyspraxie
- > troubles de déficit de l'attention et hyperactivité : ☐ TDAH
- ☐ PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)
- > troubles handicap - à préciser :
- ☐ AESH (Accompagnant Élèves en Situation de Handicap)
- ☐ PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
- ☐ Demande d'aménagements pour les examens

A noter : si votre enfant est nouveau dans l'établissement, joindre la photocopie du dossier (PAI, PPS, PAP, Livret EIP, PPRE) et des bilans.

Fait à (ville), le (date)

Signature du responsable légal 1 :

Signature du responsable légal 2 :