



# **FICHE MEDICALE 2026-2027**

<b>ELEVE</b>	NOM
	Prénom
	Classe
<b>SECURITE SOCIALE Prise en charge</b>	Numéro de Sécurité Sociale <hr/> <hr/>
	Nom et Prénom de l'assuré
	Centre de Sécurité Sociale et adresse
<b>SURDITE DE L'ELEVE</b>	<b>Prothèse auditives</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
	<b>Implant cochléaire</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
	Date de l'implant : Installé à l'âge de :
<b>MEDECIN</b>	Nom et Prénom Adresse
	Téléphone
<b>PAI</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Description :
<b>Si la famille de l'élève n'habite pas en Ile-de-France</b>	<b>PERSONNE A CONTACTER POUVANT SE DEPLACER RAPIDEMENT</b> Nom Prénom Lien avec votre enfant Téléphone

#### **Autorise l'INJS à :**

- En cas d'urgence, à prendre toutes les mesures utiles sur le plan médical, si l'état de santé de l'élève le nécessite

**Après avoir informé la famille, autorise l'INJS à :**

- Hospitalisé mon enfant**
  - Donner un traitement médical**
  - Effectuer un vaccin ou un rappel de vaccination**
  - Toutes interventions demandées par le service médical**

- Vaccinations

 BCG

Date | \_\_\_\_\_

 Dernier rappel du vaccin Diphtérie-Tetano-Polio (DTP)

Date | \_\_\_\_\_

 Autres vaccinations

Vaccin	Date

- Maladies

- Interventions chirurgicales

Intervention	Date

- Allergies

- Traitements médicaux

**Les renseignements (ou documents) confidentiels sont à transmettre sous pli fermé ou par mail [medical@injs-paris.fr](mailto:medical@injs-paris.fr) à l'attention du médecin ou de l'infirmière.**

**En signant ce document, les responsables de l'élève s'engagent à transmettre toute information toute information utile au service médical (traitement en cours avec ordonnance, résultats d'examens et tout compte rendu médical...).**

**OBLIGATOIRE****Signature du Responsable 1** Père  Mère  Tuteur  Autre : .....**OBLIGATOIRE****Signature du Responsable 2** Père  Mère  Tuteur  Autre : .....

**Merci de remplir tout le document et de signer avant de nous le renvoyer**