



Tél:04-95-77-09-76


MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
DE L'AGRO-ALIMENTAIRE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

*Cette fiche est confidentielle, elle est remettre avec la photocopie du carnet de vaccination sous **enveloppe cachetée** ; ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.*

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

(exemple:asthme,épilepsie,migraines,diabète,difficultés psychologiques...)

TRAITEMENT(S) EVENTUEL(S) :

Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmierie avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance.

Allergies :

Votre enfant a-t-il des allergies ?	Médicamenteuses ?	OUI	NON
	Alimentaires ?	OUI	NON
	Autres ?	OUI	NON

Si oui lesquelles (facultatif) ?

Projet d'accueil individualisé (PAI) :

- A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ?
- Souhaitez-vous mettre en place un PAI

OUI
OUI

NON
NON

Si oui, merci de bien vouloir le joindre.

Troubles de la santé ou Troubles de l'apprentissage :

Concernant les troubles suivants ,sauf information contraire de votre part,sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour l'élaboration des PAP,GEVA-sco,PPS,demande d'aménagement d'épreuve.

Si vous refusez la transmission à l'équipe éducative, cochez cette case :

La personne présente-elle un des troubles suivants :

- | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|
| • Dyslexie ? | OUI | NON |
| • Dysorthographe ? | OUI | NON |
| • Dyscalculie ? | OUI | NON |
| • Dyspraxie ? | OUI | NON |
| • Déficience visuelle ? | OUI | NON |
| • Déficience auditive ? | OUI | NON |
| • Trouble du spectre l'autisme(TSA) ? | OUI | NON |
| • Autre ? Précisez : | | |

**Si vous avez cochez « oui », merci de joindre les documents
+ bilans médicaux ou paramédicaux récents.**

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé

Fait à :,le :

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur



Tél:04-95-77-09-76

FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel

Consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement, service de secours, à remplir par un représentant légal.

Nom : Prénom :

Classe :

Régime : INT

DP

EXT

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Numéro de portable de l'élève (facultatif) :

Personnes à prévenir :

Responsable 1	Responsable 2	Autres : Précisez :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél travail :	Tél travail :	Tél Travail :
Portable :	Portable :	Portable :
Email :	Email :	Email :

Adresse de l'élève si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utile de signaler (maladies, allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

Joindre une photocopie des vaccinations

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade, vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal. Le responsable légal s'engage à prévenir de modifications concernant les données transmises.

A _____, le

Signature d'un représentant légal :