

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est remettre avec la photocopie du carnet de vaccination sous enveloppe cachetée ou par mail à l'adresse ci dessus ; 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...)

Antécédents Médicaux:

Antécédents Chirurgicaux:

TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :

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

Allergies :

L'apprenant 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 ? ☐ OUI ☐ NON
(Si oui, merci de bien vouloir le joindre.)
- Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? ☐ OUI ☐ NON

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 qu'elle élabore :PAP,GEVA-sco,PPS,demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

☐

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 : | <input type="text"/> | |

**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