

# FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est à remettre avec la **photocopie du carnet de vaccination** (uniquement pour les nouveaux élèves) 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.

<b>Nom – Prénom de l'élève :</b>	
<b>N° portable de l'élève</b>	
Date et lieu de naissance :	à Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Classe :	Régime : INT <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> EXT <input type="checkbox"/>

## **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX - CHIRURGICAUX et TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :**

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

<u>ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX CHIRURGICAUX</u>	
<u>MALADIE</u>	
<u>TRAITEMENT (S)</u>	<b>Remettre impérativement à l'infirmière l'ordonnance en cours avec le traitement</b>

### **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

Allergies :

L'apprenant a-t-il des allergies ? Si oui lesquelles ?

- |                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| · Médicamenteuses ? | OUI | NON |
| · Alimentaires ?    | OUI | NON |
| · Autres ?          | 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. A-t-elle un suivi et par quel professionnel ?**

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

- |                                      |     |     |
|--------------------------------------|-----|-----|
| 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 :                   |     |     |

**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.