

# FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est remettre avec la **photocopie du carnet de vaccination et l'attestation de droits à assurance maladie sous enveloppe**

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'infirmierie 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 :

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

**Établissement d'origine :**

**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