

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est à remettre avec la photocopie du carnet de vaccination sous enveloppe cachetée. Ces données seront traitées par les infirmières de l'établissement scolaire.

NOM : _____

PRÉNOM : _____

Classe : _____

Date de naissance : _____

ANTECEDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

(Exemple : asthme, épilepsie, migraines, diabète, troubles anxieux...)

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :

Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmerie avec une ordonnance datant de moins de 3 mois.

ALLERGIE(S) :

L'élève a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Alimentaires ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Autres ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Si oui lesquelles ?

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 joindre une copie du PAI.)

- Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? OUI NON

- Est-ce que vous nous autorisez à diffuser le protocole d'urgence du PAI à l'équipe pédagogique : 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-GeVASCO- 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 de l'autisme (TSA) OUI NON
- Autre ? Précisez : _____

Si vous avez coché « oui », merci de joindre une copie des 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 :