

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, 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'infirmier avec une ordonnance datant de moins de 3 mois.

ALLERGIE(S) :

L'étudiant(e) a-t-il/elle des allergies ? Médicamenteuses ? OUI NON

Alimentaires ? OUI NON

Autres ? OUI NON

Si oui lesquelles ?

Projet d'accueil individualisé (PAI) :

- **Avez-vous 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 :

L'étudiant(e) présente t-il/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 cochez « 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'étudiant(e) majeur(e) :