

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Infirmière : Madame Valérie Coste
Mail : valerie.coste1@educagri.fr
Tél : 05.49.93.86.93

*Cette fiche est à remettre avec la photocopie du carnet de vaccination et l'attestation d'assuré social, sous **enveloppe cachetée si vous le souhaitez**. 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.*

En application des dispositions de l'article R311-8 du code de la santé publique, l'admission d'un mineur dans un établissement scolaire est subordonnée à la présentation du carnet de santé ou de tout autre document attestant du respect de l'obligation prévue à l'article L 311-2 du même code. En cas de non-vaccination, un certificat de contre-indication médicale est donc exigible.

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'infirmier 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 (P A I) :**

- A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ? **OUI** ☐ **NON** ☐
(Si oui, merci de bien vouloir le joindre, ainsi que l'ordonnance et les traitements valables pour l'année scolaire dans une trousse identifiée au nom de votre enfant à la rentrée)
- Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? **OUI** ☐ **NON** ☐
- Autorisez-vous la publication du PAI sur Pronote afin qu'il soit accessible à l'ensemble de l'équipe pédagogique et éducative ? **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 : ☐

L'apprenant présente-t-il un des troubles suivants :

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| • Dyslexie ? | OUI ☐ | NON ☐ |
| • Dysorthographe ? | OUI ☐ | NON ☐ |
| • Dyscalculie ? | OUI ☐ | NON ☐ |
| • Dyspraxie ? | OUI ☐ | NON ☐ |
| • Dysgraphie ? | OUI ☐ | NON ☐ |
| • Déficiência visuelle ? | OUI ☐ | NON ☐ |
| • Déficiência auditive ? | OUI ☐ | NON ☐ |
| • Trouble du spectre l'autisme (TSA) ? | OUI ☐ | NON ☐ |
| • Autre ? Précisez : | | |

L'apprenant a-t-il eu des aménagements d'épreuves ?

OUI ☐ **NON** ☐

**Si vous avez coché « 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