

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

*Cette fiche est confidentielle, elle est remettre avec la photocopie du carnet de vaccination 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.*

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Classe

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

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

Antécédents Médicaux:

Antécédents Chirurgicaux:

TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :

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 ?
(<u>Si oui, merci de bien vouloir le joindre.</u>) | OUI | NON |
| • 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 :

- | | | |
|--|------------|------------|
| • <u>La personne présente-elle un des troubles suivants :</u> | | |
| • 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.*

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé

Fait à :

Le :

Signature du ou des
représentant(s) légal(aux)
ou de l'élève majeur