

# 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 :**

**Classe :**  **Date de naissance :**

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

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

## 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.**

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

Fait à : , le :

Signature d'un représentant

# Rentrée Scolaire 2024 /2025



ENGAGÉ POUR PRENDRE SOIN DU VIVANT  
LYCÉE MARTIN LUTHER KING  
NARBONNE



## FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel

Consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement, service de secours, à remplir par un représentant légal.

**Nom :**    **Prénom :**

**Classe :**

**Régime :** INT

DP

EXT

**Date de Naissance :**    **Lieu de naissance :**

**Numéro de portable de l'élève (facultatif) :**

**Personnes à prévenir :**

Responsable 1	Responsable 2	Autres : Précisez :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél travail :	Tél travail :	Tél Travail :
Portable :	Portable :	Portable :
Email :	Email :	Email :

**Adresse de l'élève si différente :**

**Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :**

**Observations particulières** que vous jugerez utile de signaler (maladies, allergies, traitements, précautions à prendre) :

**Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :**

Joindre une photocopie des vaccinations

**En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade, vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.**

**Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal. Le responsable légal s'engage à prévenir de modifications concernant les données transmises.**

A, le

Signature d'un représentant légal :