

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 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