

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 :

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'infirmerie 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 : | <input type="text"/> | |

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