

Rentrée Scolaire 2026/2027

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est à remettre avec la photocopie du carnet de vaccination sous enveloppe cachetée; ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement.

<u>Nom :</u>	<u>Prénom :</u>
<u>Date de naissance :</u>	<u>Classe :</u>

<u>ALLERGIES :</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles :
---	----------------------

<u>ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX</u> (par exemple : asthme, épilepsie, diabète, interventions chirurgicales, difficultés psychologiques...)	
<u>Médicaux</u>	<u>Chirurgicaux</u>

<u>TRAITEMENT(S) EVENTUEL(S) :</u>

<u>Tout traitement non ponctuel devant être administré sur le temps scolaire NECESSITE OBLIGATOIREMENT UN PAI établi par un médecin. Dans ce cadre, il conviendra de fournir les médicaments correspondants (avec ou sans pilulier) ainsi que l'ordonnance en cours de validité sur la durée totale de l'année scolaire.</u>

Projet d'accueil individualisé (PAI)

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un PAI pour un traitement ou une prescription particulière le concernant ?

OUI

NON

Souhaitez-vous mettre en place un PAI ?

OUI

NON

Si oui, merci de préciser le motif :

Troubles de la santé ou des apprentissages

Concernant les troubles suivants, sauf indication contraire de votre part, sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe pédagogique pour qu'elle élabore : PAP, GEVA-sco, PPS, demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

Si vous refusez la transmission à l'équipe pédagogique, cochez cette case

Dyslexie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Dysorthographe	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Dyscalculie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Dyspraxie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Déficience visuelle	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Déficience auditive	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Trouble du spectre autistique (TSA)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autre ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Si oui, merci de préciser lequel :

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

Fait le

à

Signature du représentant légal