N°4 - Dossier INFIRMIER

Rentrée Scolaire 2023 - 2024

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

Lycée d'Enseignement Général et Technologique Agricole
Route de Velles C.S. 70529
36018 CHATEAUROUX CEDEX
Tél. : +33 (0)2 54 53 11 00 – Fax : +33 (0)2 54 22 32 73
Email : legta.chateauroux@educagri.fr

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est à 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(s) :***

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**
- **Dysorthographie ?** **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 légal ou de l'élève majeur

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

NATURAPÔlis

Rentrée Scolaire 2023 - 2024

Lycée d'Enseignement Général et Technologique Agricole
Route de Velles C.S. 70529
36018 CHATEAUROUX CEDEX
Tél. : +33 (0)2 54 53 11 00 – Fax : +33 (0)2 54 22 32 73
Email : legta.chateauroux@educagri.fr

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 :

Ce document sera conservé durant l'année scolaire en cours

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

ANNEE SCOLAIRE 2023 - 2024

Je soussigné(e), Madame, Monsieur : .....

❒ parent 1, ❒ parent 2, ❒ responsable légal de l'élève : .....

Adresse : .....

.....

.....

☎ : ..... portable : .....

Autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par un médecin et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une hospitalisation, une intervention d'urgence, une anesthésie.

En cas d'urgence médicale et dans l'intérêt de votre enfant, l'admission au service des urgences se fera au centre hospitalier de CHATEAUROUX. **La famille sera aussitôt avertie par nos soins et devra prendre en charge la sortie de l'élève du Centre Hospitalier.**

Le lycée est déchargé de toute responsabilité tant au niveau du transport par le SAMU, qu'au niveau des actes médicaux et chirurgicaux qui seront pratiqués.

A ..... Le .....

Signature du Responsable Légal ou de l'élève majeur,

1) En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le Centre Hospitalier où est rattaché l'établissement (ou l'hôpital le mieux adapté, notamment en cas de déplacement de l'élève dans le cadre de sa formation).

2) En cas de maladie ou d'accident ne relevant pas des secours d'urgence, la famille est contactée pour prendre en charge son enfant sur l'établissement afin de faire réaliser les soins nécessaires.