

Rentrée Scolaire 2025- 2026

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'infirmier 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 légal ou de l'élève majeur