LYCÉE DES CALANQUES

Doc 2

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE DE L'ELEVE
Année scolaire 2021/2022

NOM : ..... Prénom : ..... CLASSE : .....

Date de naissance : ...../...../..... SEXE : ☐ M ☐ F

ADRESSE : .....Tél : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

➢ **ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

➢ **ANTECEDENTS MEDICAUX :**

Votre enfant présente-t-il une maladie chronique :

◯ Asthme ◯ Crises d'Epilepsie

◯ Diabète ◯ Epistaxis ◯ Autre problèmes.....

Les traitements doivent être impérativement remis à l'infirmière avec un duplicata de l'ordonnance. Pour les traitements « longue durée », des piluliers (préparés par la famille) doivent être déposés en début de semaine à la Vie Scolaire.

➢ **ALLERGIES** (médicamenteuses, intolérances alimentaires, environnementales (graminées, insectes, acariens, félins)) :

Signes et manifestations allergiques : .....

Traitement prescrit pour traiter les allergies : .....

Préconisations et conseils particuliers en lien avec ces allergies : .....

.....

Certaines pratiques sportives sont-elles interdites à votre enfant ? Si oui, lesquelles et motif ?

.....

Recommandations du chirurgien ou du médecin (fournir un certificat médical)

Médecin traitant de la famille : Nom et prénom : .....

Adresse du cabinet : .....Tél : .....

LYCÉE DES
CALANQUES

Doc 2

Médecin spécialiste de l'élève : Nom et prénom : ……,

Spécialité : ……,

Adresse du cabinet : ……Tél : ……

➢ **VOTRE ENFANT PRESENTE-T-IL DES TROUBLES :**

◯ Dyslexie, dyscalculie, dysorthographie ... (entourez et précisez)

◯ Audition (précisez): …… ◯ Vue (précisez): ……

◯ Problème de rachis (précisez): …… ◯ Troubles de l'attention ……

◯ Phobies : …… .◯ Difficultés psychologiques,

Si c'est le cas, merci de bien vouloir préciser : ……

➢ **VOTRE ENFANT A-T-IL BENEFICIE LES ANNEES PRECEDENTES :**

□ **PAI (d'un Projet d'Accueil Individualisé) ? Si oui, de quel type ?**

……

Traitement actuel ? ……

□ **PPS** (Projet personnalisé scolarisation), élève suivi par la MDPH

Fournir **obligatoirement** la notification MDPH ainsi que l'ancien GEVASCO

Précisez le handicap : ……

□ **PAP** (Projet d'accompagnement personnalisé), dyslexie, dysorthographie, TDAH ..

Pour les élèves ayant un PAP, celui-ci sera à établir ou à reconduire dès septembre avec le **professeur principal**.

IMPORTANT

Nous attirons votre attention sur les risques de dérive d'automédication, mais également de distribution de médicaments entre élèves avec les risques que cette pratique entraîne (allergies, surdosages, interactions médicamenteuses...).

En cas de traitement à suivre à l'internat (même ponctuel pour troubles occasionnels : type migraine, allergies...), **le double de l'ordonnance et les médicaments seront remis à l'infirmière** qui échangera avec le jeune sur la façon la plus adaptée pour administrer le traitement.

Nous comptons sur votre vigilance et votre compréhension.

A le ……/……/…… **Signature du responsable légal 1:**