

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Année scolaire 2024/2025

*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 et les médecins.*

NOM : Prénom : Classe :

Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

Adresse : Tél :

Code postal : Ville :

➤ ANTECEDENTS CHIRURGICAUX : **Aucun**

➤ ANTECEDENTS MEDICAUX : **Aucun**

Votre enfant présente-t-il une maladie chronique : **Aucune**

Asthme Crises d'Epilepsie

Diabète Epistaxis Autre problèmes.....

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

Aucune Alimentaire:

Médicamenteuse: Autre:

➤ **Votre enfant prend t'il un traitement ?**

Oui

Non

Si oui, lequel :

Les traitements doivent être impérativement remis à l'infirmière avec un duplicata ou photocopie 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.

Médecin traitant de la famille : Nom et prénom :

Adresse du cabinet :Tél :

Médecin spécialiste de l'élève : Nom et prénom :

Spécialité :

Adresse du cabinet :Tél :

➤ **VOTRE ENFANT A-T-IL BENEFCIE LES ANNEES PRECEDENTES D'UN ACCOMPAGNEMENT :**

NON

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, dysorthographe, TDAH ..

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

➤ **VOTRE ENFANT PRESENTE-T-IL DES TROUBLES :** **Aucun**

Dyslexie, dyscalculie, dysorthographe ... (entourez et précisez)

Audition (précisez):

Vue (précisez):

Trouble du spectre autistique (TSA):

Troubles de l'attention

Phobies :

Difficultés psychologiques,

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

➤ **Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé**

Je souigné(e), Mr, Mme,, responsable légal 1 de l'élève

certifie l'exactitude des renseignements portés à la connaissance de l'infirmière et **m'engage à communiquer** tout changement relatif aux renseignements donnés à l'infirmière

Fait à le/...../.....

Signature du responsable légal 1: