

# 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:**