

NOM et Prénom de l'élève :

Date de naissance :

Les coordonnées (responsables, tel, mail ...) utilisées sont celles renseignées sur la base élèves, merci de signaler tout changement auprès du secrétariat dans les meilleurs délais.

MEDECIN TRAITANT : Dr : Tel/Mail

 PAS de MEDECIN TRAITANT

URGENCE ET ACCIDENT

En cas d'**urgence** médicale ou accidentelle, un avis médical sera demandé au centre 15 (SAMU) qui décidera de la prise en charge la plus adaptée. Si besoin est, l'élève sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Dans tous les cas, les frais occasionnés (transport ambulance, soins...) seront à la charge des parents (tuteurs). Il convient de vous déplacer pour rejoindre votre enfant mineur à l'hôpital dans ce cas. UN ENFANT MINEUR NE PEUT SORTIR DE L'HÔPITAL QU'ACCOMPAGNE DE SA FAMILLE

En cas de situation autre (fièvre, maux divers, douleur non tolérée...) ne nécessitant pas de service de secours et dont le maintien au lycée est compromis, il vous appartient de venir ou de mandater une personne de confiance afin de venir chercher votre enfant malade.

Date et Signature du(des) représentant(s) légal (légaux) :

La suite de cette fiche n'est pas obligatoire, il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit bien renseignée. Les informations portées ne seront partagées qu'avec les professionnels de santé (médecin scolaire et infirmière). A mettre sous enveloppe si nécessaire.

VACCINATIONS

	OUI	NON	DATES*		OUI	NON	DATES*
BCG				Pneumocoque			
Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite / Coqueluche				Rougeole / Oreillons / Rubéole			
Haemophilus Influenzae type B				Méningocoque ACWY			
Hépatite B				Méningocoque B			
Papillomavirus HPV				Autres (préciser) :			

* Mois et année du dernier rappel

ECOLE INCLUSIVE

SANTE

Votre enfant est :

- Atteint d'une **maladie chronique** pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire,
- Susceptible de prendre un **traitement d'urgence**,
- Atteint d'un **handicap** ou d'une **maladie invalidante** pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

OUI¹ NON

OUI ¹	NON

PATHOLOGIE

- L'année dernière, votre enfant a eu un **PAI** -Projet d'Accueil Personnalisé ?
Si oui, souhaitez renouveler ce PAI ?
- Actuellement, l'état de santé de votre enfant nécessite-t-il la mise en place d'un PAI ?

Fournir la copie du dernier PAI + contacter le CMS pour le renouvellement¹

TROUBLE du NEURODEVELOPPEMENT

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **PAP** - Plan d'Accompagnement Personnalisé ?

Fournir la copie de l'avis du médecin scolaire (annexe 4) et la grille d'évaluation¹

--	--

HANDICAP

Votre enfant a-t-il une reconnaissance **MDPH** ?

Si oui,

- avec l'aide d'une AESH ?
- avec un **PPS** - Projet Personnalisé de Scolarisation / Matériels pédagogiques adaptés ...

Fournir la copie des notifications de la MDPH¹

AMENAGEMENTS

- Votre enfant a-t-il antérieurement bénéficié d'un PPRE ?
- Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement pour l'examen du DNB ?

Fournir les documents utiles à la prise en compte des besoins spécifiques¹

A NOTER :

- **Aucun médicament ne doit entrer dans l'établissement sans prescription médicale.**
- **Aucun aménagement pédagogique ne sera mis en place sans copie du dispositif validé (PAP, PPS ...).**

PRECISIONS MEDICALES

Maladie, handicap ou problèmes de santé rencontrés

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (événements récents, allergies, traitements, précautions particulières...)

Souhaitez-vous informer/sensibiliser l'équipe aux renseignements portés dans ce paragraphe ? OUI NON