



NOM de l'étudiant ..... Prénom .....

Né(e) le ..... Classe prévue .....

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.

### **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'étudiant sera orienté et transporté par les services de secours d'urgence. La personne à prévenir désignée est avertie par nos soins. Dans tous les cas, les frais occasionnés (transport ambulance, soins...) seront à la charge de l'étudiant.

Contacts d'urgence :

NOM : ..... Tel : ..... Lien avec l'étudiant : .....  
 NOM : ..... Tel : ..... Lien avec l'étudiant : .....

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

### **MEDECIN TRAITANT**

Dr : ..... Tel/Mail .....  
 PAS de médecin traitant .....

### A noter

La suite de cette fiche n'est pas obligatoire, il en va cependant de votre intérêt qu'elle soit bien renseignée.

- Si vous répondez **OUI** au verso : Merci de faire parvenir les informations à l'infirmière sous enveloppe cachetée ou demander un rendez-vous au moment des inscriptions ou au 01 48 83 98 43.
- Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du l'infirmière ou du médecin scolaire.
- Aucun médicament ne doit entrer dans l'établissement sans prescription médicale.
- Aucun aménagement pédagogique ne sera mis en place sans copie du dispositif validé (PPS, PAI).

### **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**

L'étudiant 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.

OUI <sup>1</sup>	NON

**PATHOLOGIE**

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

<sup>2</sup>	

<sup>2</sup>Fournir la copie du dernier PAI + contacter le CMS pour le renouvellement **!! changement d'établissement = nouveau PAI !!**

**TROUBLE du NEURODEVELOPPEMENT**

L'étudiant a-t-il eu un **PAP** - Plan d'Accompagnement Personnalisé durant sa scolarité ou des aménagements d'examens ?

--	--

*Après signature, le Projet d'Accompagnement Personnalisé reste valable jusqu'au bac. Au-delà, un aménagement d'examen peut être demandé.*

**HANDICAP**

L'étudiant a-t-il une reconnaissance **MDPH** ?

Si oui,

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


**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...)