



**FICHE SANTE \***  
**2024-2025**

**NOM et Prénom de l'élève** ..... **Sexe**  M  F **Classe** .....

**Date de naissance** | | | | | | | | | |

**Antécédents médicaux et/ou chirurgicaux :**

.....  
.....

**Allergies** (précisez si médicamenteuses, alimentaires, respiratoires... Et veuillez ajouter le descriptif des réactions allergiques).

.....  
.....

**Etat de santé actuel :**

Asthme	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON	.....
Diabète	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON	.....
Epilepsie	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON	.....
Pathologie sanguine (drépanocytose, anémie, hémophilie...)	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON	.....
Déficit visuel ou auditif	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON	.....
Déficit moteur	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON	.....
Sensibilité émotionnelle (angoisse, stress, crise spasmophile...)	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON	.....
Douleurs chroniques (migraines, menstruelles, dos...)	OUI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NON	.....
Autre .....			.....

**Traitement médical :**

OUI   NON  
En cours  En cas de besoin

**Si oui, lequel ?** (Veuillez joindre **obligatoirement** une ordonnance de moins de 6 mois).

.....  
.....

**Projet d'accueil Individualisé (PAI) :** Il concerne les élèves atteints de troubles de la santé pour lesquels il faut apporter des adaptations en collectivité (allergies alimentaires, asthme, diabète...)

L'élève a-t-il déjà bénéficié d'un PAI  OUI  NON L'élève a-t-il besoin d'un PAI ?  OUI  NON  
**Si oui**, veuillez rentrer en contact avec l'infirmière dès la rentrée scolaire pour son **renouvellement ou validation** avec le médecin scolaire, pour une **finalisation fin septembre**.

**Vaccinations :**

**Joindre obligatoirement la photocopie des 2 pages de vaccinations** (avec le nom et prénom de l'élève). Dans le cadre des inscriptions et des stages, nous avons **absolument besoin que les vaccins soient à jour**.  
La réalisation des rappels contre le tétanos est fortement conseillée, surtout dans la filière aménagement paysager.  
La réalisation du vaccin contre l'hépatite B est obligatoire pour les stages de la filière SAPAT et est fortement conseillée pour la filière ABIL/PIPAC/BIT.

Δ **Veuillez contacter l'infirmière dès que possible pour tout changement ou évolution dans l'état de santé de l'élève sur l'année et si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles** (sous enveloppe fermée à son intention, par téléphone au n° du lycée ou par mail lpa.le-robert@educagri.fr

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) ....., responsable légal de l'élève  
(Nom et Prénom de l'élève) ....., en classe de .....,  
**Certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements** précisés sur ce document.

A....., Le ...../...../..... Signature Représentant légal Signature Elève

*\*Document confidentiel (infirmierie). Si les responsables légaux omettent ou décident en toute connaissance de cause, de ne pas porter certaines informations importantes concernant la santé de l'élève à l'établissement, le LPA déclinera toute responsabilité en cas de problème*