



**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
Épilepsie		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 spasmophilie...)	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**.

△ **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 marion.galland@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*