



FICHE DE SANTE
Année scolaire 2023-2024

NOM et Prénom de l'élève

Antécédents médicaux ou chirurgicaux

Affections actuelles

Allergie(s), précisez (alimentaire, médicamenteuse,...) :

Vaccinations : Joindre une photocopie des 2 pages du carnet de santé concernant les vaccinations, (indiquez nom, prénom et classe de l'élève). **Attention, très important : dans le cadre des stages, nous avons besoin absolument que les vaccins soient à jour.**

Traitement(s) : Avez- vous un traitement en cours ou un traitement que vous prenez en cas de besoin ?

OUI

NON

Si oui, lequel (**Fournir obligatoirement une ordonnance de moins de 6 mois et le traitement**):.....

Toute information confidentielle que vous souhaitez porter à la connaissance de l'infirmière devra être jointe à ce dossier sous pli cacheté (indiquez nom, prénom et classe de l'élève).

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence. **Dans tous les cas l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.**

Situation de santé pouvant permettre la mise en place de Projet d'Accueil Individualisé et/ou d'aménagements d'épreuves

Votre enfant est-il :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabétique insulino-dépendant ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Épileptique ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Hémophilie ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Drépanocytaire ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Déficient visuel ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Déficient auditif ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Déficient moteur ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Asthmatique ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> Dispensé d'EPS ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| <input type="checkbox"/> PAI ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Autre(s) ?