



# FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

*Cette fiche est confidentielle, elle à remettre avec la photocopie du carnet de vaccination sous enveloppe cachetée ou par mail à l'infirmier (e) ; ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.*

**Nom : Prénom :**

**Classe :**      **Date de naissance :**

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX**

(exemple:asthme,épilepsie,migraines,diabète,difficultés psychologiques...)

**TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :**

**Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmierie  
Avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance.**

**Allergies :**

L'apprenant a-t-il des allergies ?	Médicamenteuses ?	OUI	NON
	Alimentaires ?	OUI	NON
	Autres ?	OUI	NON

Si oui lesquelles (facultatif) ?

**Projet d'accueil individualisé (PAI) :**

- |   |            |            |
|---|------------|------------|
| • A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ? | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| <b>(Si oui, merci de bien vouloir le joindre.)</b>                      |            |            |
| • Souhaitez-vous mettre en place un PAI ?                               | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |

**Troubles de la santé ou Troubles de l'apprentissage :**

Concernant les troubles suivants, sauf information contraire de votre part, sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour qu'elle élabore : PAP, GEVA-sco,PPS,demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

Si vous refusez la transmission à l'équipe éducative, cochez cette case : ☐

**La personne présente-elle un des troubles suivants :**

- |                                       |            |            |
|---------------------------------------|------------|------------|
| • Dyslexie ?                          | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| • Dysorthographe ?                    | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| • Dyscalculie ?                       | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| • Dyspraxie ?                         | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| • Déficience visuelle ?               | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| • Déficience auditive ?               | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| • Trouble du spectre l'autisme(TSA) ? | <b>OUI</b> | <b>NON</b> |
| • Autre ? Précisez :                  |            |            |

**Si vous avez cochez « oui », merci de joindre les documents  
+ bilans médicaux ou paramédicaux récents.**

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé

Fait à : , le :

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur