



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 ? | OUI | NON |
|---|------------|------------|

(Si oui, merci de bien vouloir le joindre.)

- | | | |
|---|------------|------------|
| • Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? | OUI | NON |
|---|------------|------------|

→ **Si oui, merci de contacter l'infirmier du lycée : infirmierie.charleville@educagri.fr**

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 ? | OUI | NON |
| • Dysorthographe ? | OUI | NON |
| • Dyscalculie ? | OUI | NON |
| • Dyspraxie ? | OUI | NON |
| • Déficience visuelle ? | OUI | NON |
| • Déficience auditive ? | OUI | NON |
| • Trouble du spectre l'autisme(TSA) ? | OUI | NON |
| • Autre ? Précisez : | | |

**Si vous avez coché « 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