



Service Médical : 03.85.21.09.83

**Merci de bien vouloir remplir consciencieusement ce document**

Prénoms :	<b>NOM :</b>		<b>Prénom(s) :</b>	
	<b>Né(e) le :</b>		<b>à :</b>	
	2022-2023 classe de :			
	<u>Dernier établissement scolaire fréquenté, adresse :</u>			
	2023-2024 classe de :			
	Régime : Externe <input type="checkbox"/> ½ pensionnaire <input type="checkbox"/>			
	<b><u>Responsable principal</u></b>		<b><u>Autre responsable</u></b>	
	NOM :		NOM :	
	Prénoms :		Prénoms :	
	Adresse :		Adresse :	
NOM :	Téléphone :		Téléphone :	
	Tel portable :		Tel portable :	
	Profession :		Profession :	
	Téléphone travail :		Téléphone travail :	
	<b>Situation familiale :</b> Marié(e)   Concubinage   Célibataire   Séparé(e)   Divorcé(e)   Veuf(ve)			
	<b><u>Personne à prévenir en cas d'absence des parents</u></b>			
	Mme / M. :			
	Lien avec l'enfant :			
	Téléphone :			

- Diphtérie  
 Tétanos  
 Poliomyélite  
 B.C.G.
- } D.T.P.

➤ **Fournir une photocopie du carnet de santé ou vaccinations.**

**\* Sans ordonnance de votre médecin stipulant le médicament et sa posologie pour l'étudiant(e), l'infirmière ne peut pas délivrer du paracétamol et/ou antispasmodique comme Spasfon même en cas de fièvre et/ou céphalées et/ou maux de ventre. Ça lui est formellement interdit par une loi.**

**\* Les étudiant(e)s qui prennent un traitement doivent le signaler à l'infirmière avec l'ordonnance du médecin.**

(Signature(s)) Le Père,

La Mère,

Le Tuteur légal,

**"En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon fils / ma fille dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté non accompagné, dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serai très rapidement prévenu de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire. J'assurerai sa sortie de l'hôpital."**

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### ◆ L'étudiant(e) présente-t-il, ou a-t-il déjà présenté des problèmes de santé ?

- Maladies A préciser :  
 Accidents A préciser :  
 Hospitalisations A préciser :  
 Interventions chirurgicales A préciser :  
 Ou problèmes particuliers de type  
 asthme  diabète  audition  vue  épilepsie  
 problèmes cardiaques  scoliose  autres

- Si l'étudiant(e) est allergique, préciser à quoi (produits, médicaments, aliments, piqûres d'insectes ...) :

### ◆ L'étudiant(e) :

- Suit-il un traitement régulier ? OUI  NON   
Si oui, lequel ?  
- Suit-il actuellement une rééducation (kiné, orthophonie ...) ? OUI  NON   
Si oui, laquelle ?  
- Porte-il même occasionnellement : un appareil ? OUI  NON   
(corset, lunettes/lentilles, appareil dentaire, auditif ...) Si oui, lequel ?

### ◆ L'étudiant(e) bénéficie-t-il d'un :

- PAI (Projet d'Accueil Individualisé) OUI  NON   
- PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) OUI  NON   
- PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation-MDPH) OUI  NON   
- A-t-il un suivi particulier ? OUI  NON   
Si oui, lequel ?  
- Souhaitez-vous constituer un dossier PAI ou PAP pour l'année 2023-2024 ?  
OUI  NON

*Si oui, vous devez fournir une copie des documents constitutifs du dossier PAI ou PAP (bilan orthophoniste, protocole de soins, ...).*

### ◆ Nom, adresse, téléphone du médecin traitant :



Fait à \_\_\_\_\_, le :

(Signature(s))

Le Père,

La Mère,

Le Tuteur légal,

L'étudiant(e)