



FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est remettre avec la <u>photocopie du carnet de vaccination</u> sous <u>enveloppe cachetée ou par mail à l'adresse ci dessus</u>; 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.

<u>Nom :</u>	Préno	<u>m :</u>	
Classe :	Date de	e naissance :	
	ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX E	T CHIRURGICAUX	
(exemple:as	thme,épilepsie,migraines,diabèt		iques)
	vent être impérativeme		
Allergies :	auplicata ou une photo	copie de i ordo	mance.
L'apprenant a-t-il des allergies ?	Médicamenteuses ?	□ои	\square_{NON}
	Alimentaires ?	□ oui	\square_{NON}
	Autres ?	□ oui	\square_{NON}
Si oui lesquelles (facultatif) ?			

Projet d'accueil individual	isé (PAI) :		
A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ?		□ oui	☐ NON
(Si oui, merci de bienSouhaitez-vous mettre	 	□ oui	□NON
Countaile2-vous mettic	, en place un i / i :		Писи
Troubles de la santé ou Troubles	<u>de l'apprentissage :</u>		
	suivants,sauf information contraire de votre part,sac P,GEVA-sco,PPS,demande d'aménagement d'épreu		smis à l'équipe éducative
Si vous refusez la transm	nission à l'équipe éducative, cochez cette case :		
La personne présente-e	elle un des troubles suivants :		
• Dyslexie?	☐ oui	NON	
• Dysorthographie ?	☐ oui	□non	
• Dyscalculie ?	☐ oui	NON	
• Dyspraxie ?	□ oui	NON	
• Déficience visuelle ?	oui	NON	
Déficience auditive ?	oui	□ NON	
Trouble du spectre l'au	utisme(TSA) ?	NON	
Autre ? Précisez :			
	Si vous avez cochez « oui », merci de j	oindre les documents	
	+ bilans médicaux ou paraméd		
D (* 12)	1. 11		
Remarques particuliere	s que vous souhaitez porter à la co	onnaissance du pe	rsonnel de sante
Fait a	à : , le :		
Fail	a. , iE.		
Signature du ou des			
_			
représentant(s) légal(au ou de l'élève majeur			