

### FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE

**A remettre sous pli cacheté avec la photocopie des vaccinations à l'attention du personnel infirmier**

Année scolaire : 202.... / 202...

Classe : .....

Régime : Interne – DP - EXTERNE

NOM et Prénom de l'élève: .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

N° de portable (élève majeur) : .....


#### REPRESENTANTS LEGAUX :


NOM - Prénom : .....

NOM - Prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

Adresse (si différente) : .....

 domicile .....

 domicile .....

portable : .....

portable : .....

travail : .....

travail : .....

✉ mail : .....

✉ mail : .....

Votre enfant est-il porteur d'une pathologie chronique :  oui  non

Laquelle :

Votre enfant présente-t-il des allergies ?  oui  non

Si oui préciser : .....

- Alimentaires :  oui  non

- Médicamenteuses :  oui  non

- Autres allergies :  oui  non

Devra-t-il prendre un traitement sur le temps scolaire :  oui  non

(Le personnel de santé vous contactera si besoin).

**Rappel important du règlement intérieur :** Pour toute prise de traitement pendant le temps de présence dans l'établissement scolaire, les médicaments et un double de la prescription médicale seront déposés auprès des infirmiers.

Votre enfant bénéficie-t-il et/ou souhaitez-vous qu'il bénéficie d'un PAI :  oui  non

Un élève atteint de **troubles de la santé, physiques ou psychiques, évoluant sur une longue période**, peut bénéficier d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** qui permet d'aménager sa scolarité au plus près de ses besoins, dans le respect de la confidentialité, (traitements ou soins particuliers, aménagements spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence). Circulaire du 10 février 2021, BO n°9 du 4 mars 2021.

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAP (projet d'accueil personnalisé) :  oui  non

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PPS (projet personnalisé de scolarisation) :  oui  non

**Indications complémentaires sur la santé de votre enfant** qui vous semblent importantes de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement.

.....  
.....

**En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-Centre 15. Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'établissement. Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou du service de soins sans être accompagné d'un parent ou de son responsable légal.**

Médecin traitant : (NOM, adresse et n° de téléphone) : .....

.....

A..... Date.....

Signature :