

FICHE DE SANTÉ

Cette fiche est confidentielle, elle est à remettre avec la photocopie du carnet de vaccination sous enveloppe cachetée ou par mail à l'adresse margaux.gindre@educagri.fr.

Nom :

Prénom :

Classe :

Genre : FÉMININ MASCULIN AUTRE (précisez)

Date de Naissance :

Lieu de naissance :

I- ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX (cochez et précisez) :

- Douleurs menstruelles Diabète Asthme Migraine Épilepsie cardiopathie
 Difficulté psychologique
 Fracture Opération Infection Handicap physique
Allergie : Médicamenteuse Alimentaire Respiratoire
 Autres / précisions éventuelles

TRAITEMENT(S) :

Les traitements doivent être impérativement remis à l'infirmière de l'établissement avec une photocopie de l'ordonnance.

Médecin spécialiste et/ou psychologue référent (Nom + Coordonnées):

Si vous avez coché l'une des case ci-dessus votre enfant peut probablement bénéficier d'un Projet d'accueil individualisé (PAI). (Le projet d'accueil individualisé vise à garantir un accueil et un accompagnement individualisés des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période nécessitant des aménagements (prise de traitements même ponctuelle, temps de repos, aménagements,...) :

A-t-il déjà eu un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) mis en place ? OUI NON

(Si oui, veuillez le joindre ou le mettre à jour si ce n'est pas la première rentrée dans l'établissement)

Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? OUI NON

II- TROUBLES DE LA SANTÉ OU TROUBLE DE L'APPRENTISSAGE :

- Dyslexie Dysorthographe Dyscalculie Dyspraxie
 Déficience visuelle Déficience auditive
 Trouble du Spectre Autistique (TSA) Trouble Déficitaire de l'Attention Autre :

Si ce n'est déjà fait veuillez joindre les bilans médicaux et paramédicaux récents.

Si vous avez coché l'une des cases ci-dessus, **sauf information contraire de votre part**, sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour l'élaboration de plans d'accompagnement pédagogiques et aménagements (PAP, Aménagement aux épreuves,...).

Si vous refusez la transmission veuillez cocher cette case :

Remarques ou informations que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé :

Fait à , le

Signature d'un représentant légal ou de l'apprenant majeur :