

FICHE SANTÉ

AUTORISATION
VALABLE 1 AN

Photo

Du

Candidat

NOM : _____

PRÉNOM : _____

NÉ(E) LE : __/__/____

CLASSE : _____

ANNÉE SCOLAIRE : 20 __ / 20 __

RÉGIME : INTERNE ½ PENSIONNAIRE EXTERNE

RESPONSABLE LÉGAL

Nom et Prénom : _____

Père Mère Tuteur légal Élève majeur

Adresse complète : _____

☎ : 05 96 _____ 📞 : 06 96 _____ 📠 : 05 96 _____

Situation familiale : Célibataire Concubinage Marié Séparé Divorcé Veuf

Autres personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom et Prénom : _____

Lien de parenté : _____

☎ : 05 96 _____ 📞 : 06 96 _____ 📠 : 05 96 _____

Nom et Prénom : _____

Lien de parenté : _____

Informations utiles

Nom du médecin traitant : _____

☎ : 05 96 _____ 📞 : 06 96 _____

Assurance scolaire : _____ N° de contrat : _____

Adresse : _____

À _____ Le _____

Signature du responsable légal ou de l'élève majeur

Antécédents de l'élève

Interventions chirurgicales (préciser les dates) :

-
-

Existe-t-il un déficit ? Auditif Visuel Moteur

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un suivi particulier ? OUI NON

psychologue orthophoniste ergothérapeute

kinésithérapeute autre :

Votre enfant a-t-il une reconnaissance MMPH ? oui non (si oui fournir une copie du dernier PPS)

Votre enfant a-t-il un PAP ? oui non (si oui fournir une copie)

L'élève est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? oui non

Asthme Épilepsie
 Diabète Cardiopathie :
 Asthme Allergie :
 Drépanocytose Intolérance alimentaire :

NB : Pour toute pathologie chronique (asthme, allergie, épilepsie, diabète, ...) un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.) peut être mis en place à la demande des parents. N'hésitez pas à contacter l'infirmière pour plus de renseignements.

Santé complémentaire

- Vaccins à jour : oui non (joindre une photocopie de la page de vaccinations du carnet santé : DTP ou ROR).
- Votre enfant est-il reconnu inapte à la pratique d'EPS ? oui non (si oui fournir le certificat médical)
- Traitement en cours :

NB : Les médicaments, prescrits par le médecin, à prendre sur le temps scolaire, doivent être déposés à l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance. Il en est de même pour l'internat.

Observations particulières

- P.A.I. (Protocole d'Accueil Individualisé) 2025-2026 oui non A renouveler oui non
- P.A.P (Projet d'Accueil Personnalisé) 2025-2026 oui non A renouveler oui non
- P.P.S (Projet Personnel de Scolarisation) 2025-2026 oui non A renouveler oui non
- AE (Aménagements d'Examens) 2025-2026 oui non A renouveler oui non

Je certifie exactes les informations fournies et m'engage à signaler tout changement en cours d'année.

Nom, Prénom :

Signature