

ETABLISSEMENT PUBLIC LOCAL D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE AGRICOLE
LE GTA DE CROIX-RIVAIL – CFAA DE MARTINIQUE – CFPPA DU CARBET – CFPPA DE RIVIERE-PILOTE - EXPLOITATION AGRICOLE DE CROIX-RIVAIL
LYCEE D'ENSEIGNEMENT GENERAL ET TECHNOLOGIQUE AGRICOLE DE CROIX-RIVAIL

FICHE SANTÉ

AUTORISATION
VALABLE 1 AN

Photo
Du
Candidat

NOM : _____

PRÉNOM : _____

NÉ(E) LE : __ / __ / ____

CLASSE : _____

ANNÉE SCOLAIRE : 20 __ / 20 __

RÉGIME : INTERNE ½ PENSIONNAIRE EXTERNE

ETABLISSEMENT PUBLIC LOCAL D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE AGRICOLE
LEGTA DE CROIX-RIVAIL – CFAA DE MARTINIQUE – CFPPA DU CARBET – CFPPA DE RIVIERE-PILOTE - EXPLOITATION AGRICOLE DE CROIX-RIVAIL
LYCEE D'ENSEIGNEMENT GENERAL ET TECHNOLOGIQUE AGRICOLE DE CROIX-RIVAIL

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

Nom du médecin traitant : _____

☎ : 05 96 _____ 📠 : 06 96 _____

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 : _____

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

À _____ Le _____ Signature du responsable légal ou de
l'élève majeur

ETABLISSEMENT PUBLIC LOCAL D'ENSEIGNEMENT ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE AGRICOLE
LEGTA DE CROIX-RIVAIL – CFAA DE MARTINIQUE – CFPPA DU CARBET – CFPPA DE RIVIERE-PILOTE - EXPLOITATION AGRICOLE DE CROIX-RIVAIL
LYCEE D'ENSEIGNEMENT GENERAL ET TECHNOLOGIQUE AGRICOLE DE CROIX-RIVAIL

ANTÉCÉDENTS DE L'ÉLÈVE

Maladies de l'enfance :

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coqueluche : | <input type="checkbox"/> Rougeole : | <input type="checkbox"/> Scarlatine : |
| <input type="checkbox"/> Oreillon : | <input type="checkbox"/> Rubéole : | <input type="checkbox"/> Varicelle : |
| <input type="checkbox"/> Autres maladies : (à préciser) | | |

-
-

Accidents (préciser les dates) :

-
-

Interventions chirurgicales (préciser les dates) :

-
-

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

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :

Concerne les apprenants atteints de troubles de la santé évoluant sur de longues périodes, d'allergies ou d'intolérances alimentaires, pour lesquelles des mesures particulières doivent être prises afin qu'ils puissent suivre leur scolarité.

L'élève est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? OUI NON

Si Oui, cocher dans la liste et faire remplir l'imprimé PAI par le médecin traitant

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Albuminurie | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Cardiopathie : |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu : |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Hépatite virale |
| <input type="checkbox"/> Pertes de connaissance | <input type="checkbox"/> Drépanocytose |

Indiquez les traitements effectués et en cours : _____

En cas de traitement médical à suivre dans l'établissement, les médicaments seront remis à l'infirmière avec un duplicata de l'ordonnance + autorisation des parents.

Allergies alimentaires (donner des renseignements précis) : _____

Allergies médicamenteuses (donner des renseignements précis) : _____

Observations particulières : _____