



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



**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



**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 : (A 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 cochez dans la liste et faire remplir l'imprimé PAI par le médecin traitant

- Albuminurie
- Diabète
- Asthme
- Eczéma
- Pertes de connaissance
- Épilepsie
- Cardiopathie :
- Rhumatisme articulaire aigu :
- Hépatite virale
- 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** : \_\_\_\_\_