

## FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est à remettre avec la **photocopie du carnet de vaccination** sous enveloppe cachetée ; ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.

NOM : .....Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : .....

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

(Exemple : asthme, épilepsie, migraines, diabète, difficultés psychologiques...)

Antécédents médicaux :	Antécédents chirurgicaux :

### TRAITEMENT(S) EVENTUEL(S) :

--

**Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmier avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance.**

### Allergies :

- Votre enfant a-t-il des allergies : - Médicamenteuses ?  oui  non
- Alimentaires ?  oui  non
- Autres : .....  oui  non

Si oui lesquelles (facultatif) ?

--

Projet d'accueil individualisé (PAI) :

- A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ?  **oui**  **non**
- Souhaitez-vous mettre en place un PAI  **oui**  **non**

Si oui, merci de bien vouloir le joindre.

**Troubles de la santé ou Troubles de l'apprentissage :**

**La personne présente-elle un des troubles suivants :**

- Dyslexie ?  **oui**  **non**
- Dysorthographe ?  **oui**  **non**
- Dyscalculie ?  **oui**  **non**
- Dyspraxie ?  **oui**  **non**
- Déficience visuelle ?  **oui**  **non**
- Déficience auditive ?  **oui**  **non**
- Trouble du spectre l'autisme (TSA) ?  **oui**  **non**
- Autre ? Précisez : .....

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

Fait à .....,le .....

**Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur**