

ANNÉE SCOLAIRE 2023 / 2024 - TOURS FONDETTES agrocampus
BP 40079 - 37230 FONDETTES PPDC - www.tours-fondettes-agrocampus.fr

FICHE DE SANTÉ **CONFIDENTIELLE**

Cette fiche est confidentielle, elle est à remettre avec la photocopie du carnet de vaccination de l'élève, 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 et Prénom de l'élève :

Classe :

Date de naissance :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

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

Traitements éventuels :

**Les traitements doivent être impérativement remis à l'infirmier scolaire
avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance**

Nota :

Si vous souhaitez que votre enfant garde son traitement sur lui (exemple : ventoline, ...), vous devez adresser une demande d'autorisation écrite à l'infirmier scolaire.

Toute prescription est faite par un médecin pour un élève donné. Il est donc interdit de donner ses médicaments quels qu'ils soient à un camarade.

Allergies :

Votre enfant a-t-il des allergies ?

- Médicamenteuses : OUI NON
- Alimentaires : OUI NON
- Autres : OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Aménagements de la scolarité :

- Projet d'Accueil Individualisé (PAI) :

- o Votre enfant a-t-il déjà un PAI mis en place ? OUI NON
Si vous avez cocher « oui » merci de nous fournir une copie du PAI
- o Ou souhaitez-vous mettre en place un PAI ? OUI NON

- Troubles de la santé ou troubles de l'apprentissage :

Concernant les troubles suivants, sauf information contraire de votre part, sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour qu'elle élabore : PAP, GEVA-sco, PPS, demande d'aménagement d'épreuve ou autre

Si vous refusez la transmission des éléments à l'équipe éducative, cochez cette case :

Votre enfant présente-t-il 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 de l'Autisme (TSA) : OUI NON
- Autres, à préciser :

Si vous avez cocher « oui » merci de joindre les documents nécessaires ainsi que les bilans médicaux ou paramédicaux récents

Pour une allergie ou un handicap empêchant l'autonomie scolaire de l'élève, merci d'en informer l'infirmier scolaire le plus rapidement possible.

Si vous avez des remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé :

Fait à le

Signature du représentant légal et de l'élève majeur

ANNÉE SCOLAIRE 2023 / 2024 - TOURS FONDETTES agrocampus
BP 40079 - 37230 FONDETTES PPDC - www.tours-fondettes-agrocampus.fr

FICHE D'URGENCE MÉDICALE ET AUTORISATION DE TRAITEMENT

Document non confidentiel consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement et services de secours, valable dans l'enceinte du lycée ou lors des différents déplacements en France comme à l'étranger, à remplir par un responsable légal. Ce document est conservé durant l'année scolaire en cours.

Nom : Prénom :

Classe : Régime : INT INT-EXT DP EXT

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Sexe : M F Numéro de portable de l'élève :

Numéro de Sécurité Sociale de l'élève :

Personnes à prévenir :

Responsable 1 <input type="checkbox"/>	Responsable 2 <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> préciser le lien :
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Tél. domicile : <input type="text"/>	Tél. domicile : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tél. travail : <input type="text"/>	Tél. travail : <input type="text"/>	Tél. domicile : <input type="text"/>
Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>	Tél. travail : <input type="text"/>
Email : <input type="text"/>	Email : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
		Email : <input type="text"/>

Adresse de l'élève si différente :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Groupe sanguin (si connu) :

Observations particulières que vous jugerez utiles de signaler (allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

Joindre une photocopie des vaccinations

Comme stipulé dans le règlement intérieur du lycée, en cas d'urgence, le médecin régulateur des services de secours oriente l'élève accidenté ou malade vers le centre hospitalier le mieux adapté.
Le transport est assuré par les services de secours d'urgence, sauf avis contraire du médecin régulateur, dans ce cas la famille prend en charge l'élève, ou ce dernier est confié à un véhicule sanitaire à la charge des familles. Le retour (aux horaires d'ouverture de l'établissement) par véhicule sanitaire ou taxi est également à la charge des familles.
Et en aucun cas, un personnel de l'établissement ne peut conduire l'élève vers une structure de soins, ni l'accompagner dans un véhicule de transport sanitaire.

Dans tous les cas **l'élève mineur ne peut quitter un centre hospitalier qu'accompagné d'un représentant légal ou d'une personne autorisée** :

NOM Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Je certifie l'exactitude des informations portées et avoir pris connaissance des règles de prise en charge d'un élève accidenté ou malade, qui s'imposent. De plus, je m'engage à prévenir l'établissement de toutes modifications concernant les données transmises.

Fait à

le

Signature du représentant légal et de l'élève majeur