

## 9 - Dispenses :

Est-il dispensé de sport ?  OUI  NON

Est-il dispensé d'atelier ?  OUI  NON

Si oui, joindre les certificats médicaux

## 10 - Troubles des apprentissages

L'élève présente-t-il l'un des troubles suivants :

dyslexie  dysgraphie  dyscalculie

dysphasie  dyspraxie  dysorthographe

TDAH avec traitement  Oui  Non

A-t-il eu un suivi en :  orthophonie  ergothérapie  psychomotricité

A-t-il un suivi actuellement ? Lequel : .....

Joindre une photocopie des derniers bilans pour les nouveaux élèves.

**Acceptez-vous que l'infirmière communique ce(s) trouble(s) à l'équipe pédagogique ?**  Oui  Non

**L'élève a-t-il bénéficié d'un PAP et d'aménagements pour le brevet des collèges ?**  Oui  Non

Joindre une photocopie du PAP et de la notification des aménagements.

## 11 - Reconnaissance MDA ou MDPH

L'élève a-t-il une reconnaissance par la MDA ou MDPH?

OUI  NON

Pour quelles difficultés? .....

Bénéficie-t-il d'un SESSAD?  OUI  NON

Lequel? .....

A-t-il des aménagements particuliers?  OUI  NON

Lesquels? .....

Joindre une photocopie du dernier GEVASCO pour les nouveaux élèves.

**12 - Autres observations** concernant la santé ou l'adaptation à l'école de l'élève que vous souhaitez communiquer :

.....  
.....

## FICHE DE SANTÉ

à l'usage de l'infirmière, soumise au secret professionnel

### LYCEE DES METIERS GUYNEMER



PHOTO

Année d'entrée au lycée : .....

Filière : Mécanique  Carrosserie  Sécurité

Diplôme : Bac professionnel  CAP

**ÉLÈVE :** Nom ..... Prénom .....

Né(e) le .....

Téléphone de l'élève : .....

N° Sécu Sociale de l'élève . / . . / . . / . . / . . / . . / . .

Nécessaire en cas d'accident survenant dans le cadre de la formation.

### REPRÉSENTANTS LÉGAUX :

	Nom et prénom	Profession	Téléphone
Parent 1			
Parent 2			
Autre			

### Autorisation en cas d'urgence

Déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence il sera fait appel au **SAMU (15)** et que le médecin régulateur des urgences décidera des mesures les plus appropriées à l'état de santé de l'élève (transport, admission aux urgences...). Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital, au lycée ou à l'internat si nécessaire.

**Signatures :** Parent 1 :

Parent 2 :

Tuteur :

## CONTEXTE DE VIE

La nuit :

Elève interne  Elève externe

Le midi :

Restauration scolaire  Restauration extérieure  
 Déjeune à domicile  Ne mange pas

L'élève vit :

Avec ses deux parents  En garde alternée  Avec son père  
 Avec sa mère  En foyer / famille d'accueil  Seul(e)  
 Autre situation : .....

Fratrie (nombre d'enfants et années de naissance) : .....

Dernier établissement scolaire fréquenté : .....

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et n° de téléphone du **médecin traitant** : .....

1 - **Vaccinations** : Joindre une photocopie du carnet de vaccinations

2 – **Allergies** :  OUI  NON

Pollens  Animaux  Insectes  Médicaments  
 Aliment  Acariens  Allergie de contact (bijoux, latex,...)

Précisions: .....

3 – **Asthme** :  OUI  NON

4 - **Autres maladies chroniques** :

Cardiopathie  Diabète  Épilepsie  Hémophilie  
 Autre: .....

5 - **Malaises et pertes de connaissance**:

L'élève en a-t-il déjà eu?  OUI  NON

Si oui, préciser la/les causes : .....

## 6 - Traitements:

Actuellement, l'élève suit-il un traitement?  OUI  NON

Si oui, lequel ? .....

Doit-il le(s) prendre sur le temps scolaire ou d'internat ?  OUI  NON

Si oui, joindre l'ordonnance et fournir les traitements à la rentrée.

## 7 - Hospitalisations :

L'élève a-t'il déjà été hospitalisé?  OUI  NON

Si oui, pour quelle(s) raison(s): .....

A-t'il déjà été opéré?  OUI  NON

Si oui, pour quelle(s) raison(s): .....

## 8 – L'élève est-il suivi par un spécialiste ?

• Ophthalmologue (pour la vue) :  OUI  NON

Date de la dernière consultation : .....

Porte-t-il des lunettes ?  OUI  NON

Est-il daltonien ?  OUI  NON

• ORL (pour l'audition) :  OUI  NON

• Du dos :  OUI  NON

A-t-il de la rééducation (kiné) ?  OUI  NON

• Dentiste :  OUI  NON

Date de la dernière consultation : .....

• Orthodontiste :  OUI  NON

Appareil dentaire :  OUI  NON

• CMP, psychologue:  OUI  NON

Précisez par quel spécialiste: .....

• Service hospitalier :  OUI  NON

Lequel ? .....

• Autre(s) : .....

L'élève a-t-il bénéficié d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** au collège ?

OUI  NON

Si oui, pour quel motif ? .....