

- Ecole
- Lycée Général
- Lycée Technologique
- Lycée Professionnel
- CFA
- CFC

DOSSIER MEDICAL

NOM ELEVE **PRENOM ELEVE**

Sexe : M ☐ F ☐ **Date de naissance** .. / .. / **Nationalité**

Portable de l'élève .. / .. / .. / .. / .. **Mail de l'élève**@.....

Numéro Sécurité Sociale de l'élève : _ _ _ _ _

Dans quelle classe sera inscrit l'élève à la rentrée 2024 : Régime Interne ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐

Dernier établissement fréquenté :

Adresse de l'élève : chez ses parents ☐ sa mère ☐ son père ☐ en garde alternée ☐ Nombre frères/sœurs :

Nom du médecin traitant : Dr..... **Tél** :

Adresse :

	<i>Père / mère</i>	<i>Père / mère</i>
Nom		
Prénom		
Téléphone	.. / .. / .. / .. / ..	.. / .. / .. / .. / ..
Situation familiale	Marié(e) ☐ Concubinage ☐ Pacsé(e) ☐ <i>Nom du conjoint</i> :	Marié(e) ☐ Concubinage ☐ Pacsé(e) ☐ <i>Nom du conjoint</i> :
	Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐	Célibataire ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Antécédant(s) de l'élève :

Asthme ☐

Troubles de la coagulation ☐

Diabète ☐

Epilepsie ☐

Autre(s) problème(s) de santé ☐ Le(s)quel(s) :

Allergie(s) : Médicament(s) ☐ Le(s)quel(s) :

Alimentaire ☐ Le(s)quel(s) :

Autre(s) ☐ Le(s)quel(s) :

Pour cette maladie, l'élève suit-il / elle :

un traitement tous les jours : oui ☐ non ☐ Le(s)quel(s) :

un traitement en cas d'urgence : oui ☐ non ☐ Le(s)quel(s) :

MERCI DE JOINDRE SANS FAUTE : PAI, ordonnance de juillet 2024 au plus tôt, Protocole d'Urgence

Les médicaments, avec date de péremption minimale juillet 2025, doivent être remis à l'infirmerie à la rentrée

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE EN CAS D'URGENCE SANS ORDONNANCE.

Signature Père

Signature Mère

A, le

A COMPLETER POUR LES INTERNES UNIQUEMENT

Pour tous les internes : veuillez joindre la photocopie de l'**ATTESTATION d'ASSURE SOCIAL**

Uniquement pour les nouveaux internes : à faire compléter par votre médecin traitant

CERTIFICAT MEDICAL

*Je soussigné(e),, docteur(e) en
médecine,*

certifie que l'élève,

née le

- *n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse, ni d'aucune affection ou infirmité empêchant une
scolarité normale ;*
- *est apte à être admis(e) à l'internat ;*

Observations particulières :

.....

A, le

Cachet et Signature :



Objet : **Informations d'accompagnement de la scolarité**

Madame, Monsieur,

Afin d'anticiper au mieux les **besoins d'accompagnement** de votre enfant, merci de bien vouloir joindre au dossier d'inscription ce formulaire complété et signé, accompagné des documents demandés.

Je soussigné(e)..... représentant légal
de l'enfant....., né(e) le.....
actuellement scolarisé(e) en classe de..... à l'école/collège/lycée
et demandant une inscription en classe de..... pour la rentrée 2024-2025,

atteste que mon enfant bénéficie actuellement de :

☐ un PAI	Joindre la copie du PAI en cours de validité
☐ un PAP	Joindre la copie du PAP en cours de validité
☐ un GEVASCO	Joindre la copie du GEVASCO en cours de validité
☐ un PPS	Joindre la copie du PPS en cours de validité
☐ Autre	Joindre la copie des documents concernés
☐ Ne bénéficie d'aucun aménagement mais sollicite une mise en place en 2024-2025	Nom du plan d'accompagnement demandé :..... Merci de joindre un document justificatif (bilan orthophonique, psychologique, certificat médical...)
☐ Ne bénéficie d'aucun aménagement	

Date :

Signature du représentant légal :

FICHE D'URGENCE

Année Scolaire 2024 /2025

(DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par
les familles à chaque début d'année scolaire.)

Réf. : B.O. Hors série N°1 du 6 janvier 2000

Nom :	Classe :
Prénom :	Date de Naissance :

Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autres
<i>Nom et Prénom</i>			
Adresse			
N° de téléphone du domicile			
N° de téléphone portable			
N° de téléphone du travail			
Adresse mail			

- **Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :**

..... 

- **N° et adresse de l'assurance scolaire :**

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers **l'hôpital le mieux adapté**. La famille est le plus rapidement possible avertie par nos soins.

Un élève mineur ne pourra être pris en charge et/ou sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

- NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Observations particulières **que vous jugerez utiles de porter à la connaissance** de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) Essentiel en cas d'urgence.

.....

.....

.....

Il est souhaitable de signaler toute modification de l'état de santé de votre enfant au cours de l'année scolaire (au médecin scolaire et/ou l'infirmier-ère scolaire)

Si l'état de santé de votre enfant nécessite la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) dans le cadre d'une maladie chronique (circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003), merci de joindre, sous pli cacheté à l'attention du service de santé scolaire, un courrier de votre médecin traitant ou du spécialiste. Ce courrier doit comprendre un protocole d'urgence ainsi qu'une ordonnance pour les traitements concernés.

A....., le

Signature *OBLIGATOIRE* du/des responsable(s) ou de l'élève majeur(e) :