

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

A remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'enfant dans le cadre de l'aptitude à suivre une formation professionnelle et obligatoire (code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)

CARNET DE SANTE INDISPENSABLE + COPIE DES CERTIFICATS DE VACCINATION

L'élève

NOM : **Prénom :**

Date de Naissance : CLASSE : Tél de l'élève :

NOM, ADRESSE et Téléphone du ou des représentants(s) légal(aux) :

Responsable légal 1 : Tél.....

Responsable légal 2 : Tél

Numéro de sécurité sociale de l'élève (numéro qui apparaît sur l'attestation)

Nom, adresse et numéro de l'Assurance Scolaire :

Coordonnées du médecin traitant :

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé : ☐ oui ☐ non

Si oui : a-t-il besoin d'un **PAI** (protocole d'accueil individualisé) ? ☐ oui ☐ non

A-t-il un suivi :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un **PPS** (projet personnalisé de scolarisation), dossier MDPH ? ☐ oui ☐ non

D'un **PAP** (plan d'accompagnement personnalisé) ? ☐ oui ☐ non

En cas d'urgence, un élève accidenté ou gravement malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que s'il est accompagné de sa famille.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus,

A Le

Signature de l'élève :

Signature des parent(s) :

A remettre sous pli cacheté pour le service de santé de l'établissement scolaire. La copie des preuves de vaccination est à fournir uniquement la première année.