

## FICHE MEDICALE

### ETUDIANT

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Classe d'entrée :** .....

### Nom des parents ou du représentant légal :

|                  | Père ou Représentant légal | Mère ou Représentant légal |
|------------------|----------------------------|----------------------------|
| NOM / Prénom     |                            |                            |
| Adresse          |                            |                            |
| N° de portable : |                            |                            |
| N° du travail :  |                            |                            |

**Médecin traitant : NOM :** .....

**Adresse :** .....

**☎** ..... **Code postal :** ..... **Ville :** .....

### En cas d'urgence, personne(s) à prévenir et autorisée(s) à venir chercher l'étudiant :

| NOM | Prénom | N° de portable | Lien avec l'étudiant |
|-----|--------|----------------|----------------------|
|     |        |                |                      |
|     |        |                |                      |
|     |        |                |                      |

En cas d'accident ou d'urgence médicale, un élève 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 doit obligatoirement être accompagné par un responsable légal pour sortir de l'hôpital.

### En cas d'accident ou d'urgence médicale

- ☐ J'autorise  
☐ Je n'autorise pas

Les professionnels de santé à pratiquer les soins et interventions chirurgicales d'urgence jugés nécessaires.

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

**Maladie chronique ou permanente :** ☐ Oui (précisez) ..... ☐ Non

**Traitement médicamenteux permanent :** ☐ Oui (précisez) ..... ☐ Non

**Allergie(s) diverse(s) :** ☐ Oui (précisez) ..... ☐ Non

**Intolérance à un médicament :** ☐ Oui (précisez) ..... ☐ Non

**Dispense de sport à l'année :** ☐ Oui (précisez) ..... ☐ Non

**Hospitalisation récente ou opération :** ☐ Oui (précisez) ..... ☐ Non

**Appareillage éventuel (auditif, visuel, ...) :** ☐ Oui (précisez) ..... ☐ Non

**Autre :** .....

## Besoins particuliers

Votre enfant dispose-t-il **actuellement** d'un :

**PAI (Projet d'Accueil Individualisé) :**

- ☐ Oui  
☐ Non

**PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) :**

- ☐ Oui  
☐ Non

**PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Educative) :**

- ☐ Oui  
☐ Non

**PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) :**

- ☐ Oui  
☐ Non

**Aménagements d'épreuves :**

- ☐ Oui  
☐ Non

Date : .....

Signature du responsable légal :