ACADÉMIE
DE CLERMONT-FERRAND
Liberté
Égalité
Fraternité

Lycée
LA FAYETTE
Clermont-Ferrand

FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE

A remettre sous pli cacheté avec la photocopie des vaccinations à l'attention du personnel infirmier

Année scolaire : **2025 / 2026** **Classe** : ……

NOM et Prénom de l'élève: ……..……. Date de naissance : ……

Adresse : ……..

N° de portable :…….....

REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM - Prénom : ……
Adresse (si différente) : ……
……
domicile ……
portable : ……
travail : ……
mail : ……

NOM - Prénom : ……..
Adresse (si différente) : ……..
……
domicile ……
portable : ……
travail :……
mail : ……
.

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
Indiquer au moins deux contacts de votre entourage : les coordonnées des personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :
NOM …….. n° de téléphone ……
NOM …….. n° de téléphone ……

Votre enfant est-il porteur d'une pathologie chronique : ☐ **oui** ☐ **non**
Laquelle : ……

Votre enfant présente-t-il des allergies ?

- Alimentaires : ☐ oui ☐ non Lesquelles :……
- Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non Lesquelles :……
- Autres allergies : ☐ oui ☐ non Lesquelles :……

Devra-t-il prendre un traitement sur le temps scolaire : ☐ **oui** ☐ **non**
(Le personnel de santé vous contactera si besoin).
Rappel important du règlement intérieur : Pour toute prise de traitement pendant le temps de présence dans l'établissement scolaire, les médicaments et un double de la prescription médicale seront déposés auprès des infirmiers.

Votre enfant bénéficie-t-il et/ou souhaitez-vous qu'il bénéficie d'un PAI : ☐ **oui** ☐ **non**
Un élève atteint de **troubles de la santé, physiques ou psychiques, évoluant sur une longue période,** peut bénéficier d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** qui permet d'aménager sa scolarité au plus près de ses besoins, dans le respect de la confidentialité, (traitements ou soins particuliers, aménagements spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence). Circulaire *du 10 février 2021, BO n°9 du 4 mars 2021*.

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

Indications complémentaires sur la santé de votre enfant qui vous semblent importantes de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement.
……
……

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-Centre 15. Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'établissement. Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou du service de soins sans être accompagné d'un parent ou de son responsable légal.

Médecin traitant : (NOM, adresse et n° de téléphone) : ……

A…… **Date** …….. **Signature :**

Fiche en conformité avec le RGPD (27 avril 2016) : j'accepte que ces informations fassent l'objet d'un traitement. Cette fiche peut être transmise aux services de secours et d'urgence.
Cette fiche est conservée pendant 2 ans par l'établissement et sera détruite (BO du 16 Juin 2005 relatif à l'archivage)