

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

DOSSIER MEDICAL 1/2

Photocopie des vaccins du carnet de santé de l'étudiant à agraffer au dossier médical

NOM ETUDIANT **PRENOM ETUDIANT**

Date de naissance .. / .. / Nationalité Portable de l'étudiant .. / .. / .. / .. / ..

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

Dans quelle classe sera inscrit l'étudiant à la rentrée 2021 :

Régime Interne Externe Demi-pensionnaire Dernier établissement fréquenté :

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

SANTE DE L'ETUDIANT

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

Adresse :

	Père / mère	Père / mère
Nom	.....	.....
<i>Nom de jeune fille</i>	.....	.....
<i>Prénom</i>	.....	.....
<i>Adresse Code postal et Ville</i>	..........	..........
<i>N° Fixe et Portable</i>	Tél. fixe .. / .. / .. / .. / .. Tél portable .. / .. / .. / .. / ..	Tél. fixe .. / .. / .. / .. / .. Tél portable .. / .. / .. / .. / ..
<i>e-mail obligatoire</i>@.....@.....
<i>Intitulé de la profession ET Situation actuelle</i>	..... Occupe un emploi <input type="checkbox"/> Au chômage <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre cas <input type="checkbox"/> Occupe un emploi <input type="checkbox"/> Au chômage <input type="checkbox"/> Retraité(e) <input type="checkbox"/> Autre cas <input type="checkbox"/>
<i>Téléphone professionnel</i>	.. / .. / .. / .. / / .. / .. / .. / ..
<i>Nom et adresse de l'employeur</i>	.....	.....
<i>Situation familiale</i>	Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Nom du conjoint :	Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Nom du conjoint :
	Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>	Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>

POUR LES INTERNES UNIQUEMENT

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

(2) Nom et adresse du correspondant :

(3) **Uniquement pour les nouvelles internes** : **CERTIFICAT MEDICAL**

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

certifie que l'élève née le

- n'est atteinte d'aucune maladie contagieuse, ni d'aucune affection ou infirmité empêchant une scolarité normale ;

- est apte à être admise à l'internat ;

Observations particulières :

A, le

Cachet et Signature :

DOSSIER MEDICAL 2/2

Fiche confidentielle destinée au service de santé de l'établissement

NOM ETUDIANT.....

PRENOM ETUDIANT.....

RENSEIGNEMENTS A COMMUNIQUER DANS L'INTERET DE L'ETUDIANT

L'élève est-il / elle suivi(e) pour : non oui : dyslexie dyscalculie dysorthographe dyspraxie autre

Si oui a-t- il / elle un aménagement pour l'année 2020-2021 ? oui non

Joindre les documents suivants : aménagement aux examens, PAI, PAP, ordonnance(s)...

à remettre sous pli fermé « à l'attention de l'infirmière »

ATTENTION TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Maladie(s) de l'étudiant :

Affectation cardiaque

Troubles de la coagulation

Diabète

Insuffisance rénale

Epilepsie

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

Allergie(s) : Asthme

Médicament(s) Le(s)quel(s) :

Alimentaire Le(s)quel(s) :

Autre(s) Le(s)quel(s) :

MERCI DE JOINDRE SANS FAUTE LES JUSTIFICATIFS CORRESPONDANTS : PAI (ordonnance), Protocole d'Urgences, aménagement aux examens

Pour cette maladie, l'étudiant 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) :

médicament(s) et ordonnance à déposer dans une trousse à l'infirmierie à la rentrée

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

A, le

Signature Père

Signature Mère