

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

DOSSIER MEDICAL 1/2

NOM ELEVE **PRENOM ELEVE**

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

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

Dans quelle classe sera inscrit l'élève à la rentrée 2022 : 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 :

SANTE DE L'ELEVE

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

Adresse :

	<i>Père / mère</i>	<i>Père / mère</i>
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 ELEVE

PRENOM ELEVE

RENSEIGNEMENTS A COMMUNIQUER DANS L'INTERET DE L'ELEVEL'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 2021-2022 ? oui non Joindre les documents suivants : aménagement aux examens, PAI, PAP, ordonnance(s)...

ATTENTION TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS PRIS EN COMPTE

Maladie(s) de l'élève :	Affectation cardiaque	<input type="checkbox"/>	
	Troubles de la coagulation	<input type="checkbox"/>	
	Diabète	<input type="checkbox"/>	
	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	
	Autre(s) problème(s) de santé	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) :
Allergie(s) :	Asthme	<input type="checkbox"/>	
	Médicament(s)	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) :
	Alimentaire	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) :
	Autre(s)	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) :

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

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) :

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

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

A, le

Signature Père

Signature Mère