

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

DOSSIER MEDICAL

NOM ELEVE **PRENOM ELEVE**

Sexe : M F **Date de naissance** .. / .. / .. . Nationalité

Portable de l'élève .. / .. / .. / .. / .. . Mail de l'élève@.....

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

Dans quelle classe sera inscrit l'élève à la rentrée 2024 : 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 :

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

Adresse :

	<i>Père / mère</i>	<i>Père / mère</i>
Nom
<i>Prénom</i>
<i>Téléphone</i>	.. / .. / .. / .. / / .. / .. / .. / ..
<i>Situation familiale</i>	Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> <i>Nom du conjoint</i> :	Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> <i>Nom du conjoint</i> :
	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"/>

Antécédant(s) de l'élève :

Asthme

Troubles de la coagulation

Diabète

Epilepsie

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

Allergie(s) :

Médicament(s) Le(s)quel(s) :

Alimentaire Le(s)quel(s) :

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

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) :

MERCI DE JOINDRE SANS FAUTE : PAI, ordonnance de juillet 2024 au plus tôt, Protocole d'Urgence

Les médicaments, avec date de péremption minimale juillet 2025, doivent être remis à l'infirmerie à la rentrée

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

A, le

Signature Père

Signature Mère

A COMPLETER POUR LES INTERNES UNIQUEMENT

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

Uniquement pour les nouveaux internes : à faire compléter par votre médecin traitant

CERTIFICAT MEDICAL

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

certifie que l'élève,

née le

- n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse, ni d'aucune affection ou infirmité empêchant une scolarité normale ;
- est apte à être admis(e) à l'internat ;

Observations particulières :

.....

A, le

Cachet et Signature :



Objet : Informations d'accompagnement de la scolarité

Madame, Monsieur,

Afin d'anticiper au mieux les **besoins d'accompagnement** de votre enfant, merci de bien vouloir joindre au dossier d'inscription ce formulaire complété et signé, accompagné des documents demandés.

Je soussigné(e)..... représentant légal
 de l'enfant....., né(e) le.....
 actuellement scolarisé(e) en classe de..... à l'école/collège/lycée
 et demandant une inscription en classe de..... pour la rentrée 2024-2025,

atteste que mon enfant bénéficie actuellement de :

<input type="checkbox"/> un PAI	Joindre la copie du PAI en cours de validité
<input type="checkbox"/> un PAP	Joindre la copie du PAP en cours de validité
<input type="checkbox"/> un GEVASCO	Joindre la copie du GEVASCO en cours de validité
<input type="checkbox"/> un PPS	Joindre la copie du PPS en cours de validité
<input type="checkbox"/> Autre	Joindre la copie des documents concernés
<input type="checkbox"/> Ne bénéficie d'aucun aménagement mais sollicite une mise en place en 2024-2025	Nom du plan d'accompagnement demandé :..... Merci de joindre un document justificatif (bilan orthophonique, psychologique, certificat médical...)
<input type="checkbox"/> Ne bénéficie d'aucun aménagement	

Date :

Signature du représentant légal :

