

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Classe :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

(Exemple : asthme, épilepsie, migraines, diabète, règles douloureuses, difficultés psychologiques...)

TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :

ALLERGIES :

L'apprenant a-t-il des allergies (médicamenteuses, alimentaires ou autres...) ?

Si oui nécessite-t-il un traitement (merci de préciser les traitements, et s'il s'agit d'un traitement régulier, occasionnel ou d'urgence) ?

<p>Tout traitement pris sur le temps scolaire doit faire l'objet d'un PAI Et doit être remis au service de l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance.</p>

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) :

Si l'élève présente un problème de santé nécessitant la prise d'un traitement, des soins et/ou des précautions particulières sur le temps de présence au lycée, il convient de mettre en place un PAI.

- L'élève bénéficie-t-il d'un **PAI** ou souhaitez-vous mettre en place un **PAI** ? **OUI** **NON**

Si oui, veuillez retirer un dossier auprès de l'infirmière lors des inscriptions (ou de la réinscription). **Le PAI est à renouveler tous les ans.**

Fait à :

le :

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur :