

# FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

*Cette fiche est confidentielle, elle est à remettre avec la photocopie du carnet de vaccination sous enveloppe cachetée ou par mail à l'attention de l'infirmière à l'adresse suivante :*

Établissement Public Local d'Enseignement et de Formation Professionnelle Agricole 935 avenue du Dr Laënnec – BP 1101 – 11491 Castelnaudary Cedex Tél : 0468945900 – Mél : [marie-helene.handtschoewercker@educagri.fr](mailto:marie-helene.handtschoewercker@educagri.fr)

Ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.

**Nom** :  **Prénom** :

**Classe** :  **Date de naissance** :

## **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX**

(exemple: asthme, épilepsie, migraines, diabète, difficultés psychologiques...)

## **TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :**

**Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmierie avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance.**

## **Allergies :**

L'apprenant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses ?

OUI

NON

Alimentaires ?

OUI

NON

Autres ?

OUI

NON

Si oui lesquelles (facultatif) ?

**Projet d'accueil individualisé (PAI) :**

- A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ?  OUI  NON  
(Si oui, merci de bien vouloir le joindre.)
- Souhaitez-vous mettre en place un PAI ?  OUI  NON

**Troubles de la santé ou Troubles de l'apprentissage :**

Concernant les troubles suivants,sauf information contraire de votre part,sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour qu'elle élabore :PAP,GEVA-sco,PPS,demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

Si vous refusez la transmission à l'équipe éducative, cochez cette case :

**La personne présente-elle un des troubles suivants :**

- Dyslexie ?  OUI  NON
- Dysorthographe ?  OUI  NON
- Dyscalculie ?  OUI  NON
- Dyspraxie ?  OUI  NON
- Déficience visuelle ?  OUI  NON
- Déficience auditive ?  OUI  NON
- Trouble du spectre l'autisme(TSA) ?  OUI  NON
- Autre ? Précisez :

**Si vous avez cochez « oui », merci de joindre les documents (y compris l ancien PAP)  
+ bilans médicaux ou paramédicaux récents.**

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé

Fait à : , le :

Signature d'un représentant