

# FICHE DE SANTÉ

Confidentielle, à l'usage de l'infirmière

Document soumis au secret médical et professionnel

(à retourner, sous pli cacheté si vous le souhaitez, à l'attention de l'infirmière)

ISETA-ECA  
2 Rue des Carillons  
74940 ANNECY

Photo d'identité

Fiche remplie le : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

INTERNE

½ PENSIONNAIRE

EXTERNE

NOM DE L'ÉLÈVE :

Prénom(s) :

Nationalité

Tél portable élève :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° de Sécurité Sociale du jeune **OBLIGATOIRE** : \_\_\_\_\_

pour les moins de 16 ans, faire la demande auprès de l'organisme de santé (CPAM, MSA...)

**Père** :

NOM, Prénom :

Adresse :

Mail :

Profession :

**Mère** :

NOM, Prénom :

Adresse :

Mail :

Profession :



**RENSEIGNEMENTS DIVERS**

La famille est invitée, dans l'intérêt de l'élève, à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous :

L'élève a-t-il subi des interventions chirurgicales ?  oui  non (Si oui, préciser les dates et les motifs)

\_\_\_\_\_

➔ Nom et téléphone du médecin traitant :

\_\_\_\_\_

L'élève présente-t-il :

➔ Une maladie chronique ou un problème de santé particulier ?  oui  non Si oui lesquels ?

\_\_\_\_\_

➔ Suit-il un traitement ?  oui  non

(si oui et si ce traitement doit être pris sur le temps scolaire, fournir le PAI et la copie de l'ordonnance)

➔ Une allergie ? Une contre-indication à certains médicaments ?  oui  non

Si oui, lesquels ?

\_\_\_\_\_

Est-il suivi par un allergologue ?  oui  non

Si oui, lequel (Nom + Tel) ?

-----

➔ Quel est son traitement en cas de crise ?

\_\_\_\_\_

➔ Merci de donner tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'infirmière scolaire (malaises, troubles nerveux, troubles cardiaques, convulsions, séquelles d'accidents, traitement(s) en cours...) :

\_\_\_\_\_

➔ A-t-il un problème de : (préciser lequel)

Vue :

Audition :

Statique :

Autre :

➔ Présente-t-il des Troubles des Apprentissages :  oui  non

Si oui veuillez remplir le document sur les troubles des apprentissages

➔ Est-il suivi dans le cadre d'un PPS (GEVASCO), PAI, PAP.... ?  oui  non

➔ Est-il ou a-t-il été pris charge par : Un psychologue ou psychiatre :  oui  non

Un psychomotricien :  oui  non

➔ Nom des 3 derniers établissements scolaires fréquentés et adresse précise :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORISATION D'INTERVENTION**  
**EN CAS D'URGENCE**  
**(Destinée à l'hôpital)**

Je soussigné(e),

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Demeurant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Père, mère, tuteur (1)

de l'élève : \_\_\_\_\_

Autorise l'administration du lycée à prendre toutes mesures utiles en cas d'urgence (transport, admission, anesthésie locale ou générale si besoin était) pour une hospitalisation et déclare que cette autorisation est valable pour toute la scolarité de l'élève.

A \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature

## TROUBLES DES APPRENTISSAGES

### Votre enfant :

Nom..... Prénom.....

Date de naissance ..... Classe .....

### Présente-t-il une :

Dyslexie :  Dysorthographe :  Dysgraphie :

Dyscalculie :  Dyspraxie :  Dysphasie :

TDA :  TDAH :  Autre :

### Donnez-vous votre accord pour informer le professeur principal de ces troubles ?

OUI  NON

### Par qui le trouble a-t-il été identifié :

Un centre référent (CRTLA) :  Un médecin :  Un psychologue :

Un orthophoniste :  Un ergothérapeute :

Autre (préciser) :

### Quels ont été les suivis ?

1) Suivi n°1 : Nom du professionnel :

Fréquence : Durée :

2) Suivi n° 2 : Nom du professionnel

Fréquence : Durée :

Quels sont les suivis **actuellement** ? (joindre la copie du dernier bilan)



NOM – Prénom Classe Année scolaire 2023/2024
--

**Quels aménagements ont été mis en place dans l'établissement scolaire précédent ? (JOINDRE UNE COPIE DU DOCUMENT)**

PPRE :                       PAI :                       PAP :   
PPS (GEVASCO) :                       Autre :

**Votre enfant bénéficie-t-il :**

D'un ordinateur portable ?  oui                       non      (si oui, joindre la notification MDPH)

D'un tiers temps ?  oui                       non

D'une AVS ?  oui                       non                      Si oui, combien d'heure/semaine ? :  
**(joindre la notification)**

D'aménagements particuliers ?  oui                       non  
Si oui, lesquels ?

D'un SESSAD ?  oui                       non  
Si oui, lequel ?

**Votre enfant a-t-il bénéficié d'aménagements aux examens (DNB, CAP, BAC...) ?**  oui                       non  
(si oui, joindre la notification)

Merci de remplir précisément ce questionnaire, indispensable pour le suivi scolaire de votre enfant, même si vous (ou votre enfant) ne souhaitez plus d'aménagements.

Béatrice MONGELLAZ  
Infirmière scolaire



NOM – Prénom Classe Année scolaire 2023/2024
--

## DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL\* EN FAVEUR DES ÉLÈVES

**Veillez compléter les éléments inscrits en rouge**

Date de demande : \_\_\_\_\_

Nom de l'élève : ..... Prénoms : .....

Né(e) le ..... à .....

**Établissement où est inscrit l'élève**

**ISETA-ECA  
859 route de l'Ecole d'Agriculture  
74330 POISY**

Classe : .....

**Établissement d'où vient l'élève**

Nom : .....

Rue : ..... N° .....

Commune : ..... ARRt(pour Paris) .....

Département : ..... Pays : .....

Classe : .....

Date de la réponse : .....

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé.

En retour (1) Élève non inscrit ..... à l'école indiquée.

Autres raisons de non-envoi : .....

(1) Encadrer les mentions utiles.

\*Cet imprimé, une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical.

.....  
**Je soussigné(e) :** \_\_\_\_\_

**Représentant légal(e) de l'élève :** \_\_\_\_\_

**Scolarisé à :** \_\_\_\_\_

Donne mon accord au transfert de son dossier médico-scolaire à l'attention de Madame Béatrice MONGELLAZ, infirmière scolaire de l'ISETA-ECA.

Fait à :

Le :

Signature :