

Tél: **04 68 11 46 36**
77 Rue Aimé Ramond
11000 Carcassonne

ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023

//////////////////// **FICHE MEDICALE** //////////////////////////////////////

Document confidentiel pour l'Ensemble Scolaire Saint Louis

RAPPEL : Nous ne pouvons donner aucun médicament. Les élèves qui doivent prendre un traitement, qu'il soit exceptionnel ou régulier, doivent apporter leur traitement et le déposer à l'accueil avec un mot des parents ou tuteurs, donnant toutes les indications nécessaires (horaire et nombre de prises).

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :/...../..... Classe :

Nom du médecin traitant :

Tél :/...../...../.....

■ Situation de handicap, demande d'aménagements : **voir au verso de cet imprimé**

■ Maladies actuelles et traitement suivi - A préciser si besoin

Allergies éventuelles connues, y compris médicamenteuses (**aucun médicament ne sera délivré à votre enfant sans prescription médicale**) :

Prothèses : Dentaires Audition Lunettes Lentilles Autres

Date des vaccinations : DTP :/...../..... .BCG :/...../.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Tél :/...../...../.....

En qualité de :

Nom : Tél :/...../...../.....

En qualité de :

AUTORISATION D'AGIR EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e) :
autorise la Direction de l'Ensemble Scolaire Saint Louis à hospitaliser en cas d'urgence
mon fils/ma fille :
au Centre Hospitalier de Carcassonne
Fait à le :/...../.....
En cas de séparation de corps, de divorce, j'atteste que l'autre parent a été consulté et ne formule pas d'opposition.
Signature du (des) représentant (s) légal(aux)

FICHE MEDICALE

Merci de bien vouloir cocher les cases qui correspondent à la situation de votre enfant
Pour information : Les demandes d'aménagements sont à faire pour chaque diplôme préparé, par conséquent :

- Une demande est à faire en 3ème pour le Diplôme National du Brevet
- Une demande est à faire l'année de Terminale pour le passage du BAC
- Une dernière demande est à faire en 1^{ère} année de STS pour le passage, l'année suivante, du BTS

PRÉCISEZ CI-DESSOUS DE QUEL HANDICAP SOUFFRE VOTRE ENFANT :

.....

.....

.....

.....

De quel dispositif a-t-il bénéficié auparavant ?

PPS PAI PPRE PAP

Ce dispositif doit-il être reconduit ? OUI NON

Veuillez fournir une copie des aménagements précédemment mis en place.

Une demande d'AESH a-t-elle été faite ? OUI NON

Si OUI, combien d'heures ont été obtenues ?heures

Veuillez fournir une copie de la décision d'octroi d'AESH

Aviez-vous obtenu une demande d'aménagement pour un examen l'an dernier ? (fournir une copie de la décision) Ferez-vous une demande d'aménagement pour les examens ?

OUI NON

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Fait à le :/...../.....

En cas de séparation de corps, de divorce, j'atteste que l'autre parent a été consulté et ne formule pas d'opposition.

Signature du(des) représentant(s) légal(aux) précédée de la mention "Lu et approuvé"