

En cas de **traitements médicamenteux à administrer au lycée** (par voie orale ou injection), merci de fournir les médicaments avec leurs ordonnances ainsi que les documents de PAI correspondant aux problèmes de santé associés.

Vous trouverez tous les documents de PAI sur le site Eduscol ou via le QR Code suivant :



Chaque PAI doit contenir :

- La partie 1 et 2 (= partie administrative)
- Le protocole d'urgence (selon la pathologie)
- Une copie de l'ordonnance
- Une trousse pour l'infirmerie des traitements d'urgence.

PPS : Projet personnalisé de scolarisation

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PPS : Oui Non

Date de la fin de la reconnaissance MDH :

Nombre d'heure AESH :

→ Si oui merci de joindre une copie de son dernier Gevasco qui sera communiqué à l'ensemble de l'équipe pédagogique dans l'attente de l'ESS.

PAP : Projet d'accompagnement pédagogique
(Pour les élèves du secondaire seulement)

A voir avec le professeur principal à la rentrée.



LYCÉE CHAMPOLLION

Grenoble

Tel : 04 76 85 59 59 Fax : 04 76 85 34 59

FICHE DE SANTÉ – Confidentielle Remplie le : ... / ... / ...

Interne ½ Pensionnaire Externe Interne-externé(e)

NOM : Prénom : Classe :

Né(e) le : à : Nationalité :

Courriel élève :

Portable élève :

Adresse élève :
.....

Collège ou lycée fréquenté l'année dernière :

Correspondant (obligatoire pour les internes et internes-externé(s))

Nom et adresse :

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

Correspondant :

Tel. Portable :

Tel. Portable :

Tel. Portable :

Tel. Travail :

Tel. Travail :

Tel. Travail :

En cas d'urgence

N° de sécurité sociale : ... / ... / ... / ... / ... / ... / ...

Assurant votre enfant

Situation des parents : Mariés Séparés Autre

Autorité parentale : Père Mère Autre

Nom, prénom, profession du responsable légal 1 :

Nom, prénom, profession du responsable légal 2 :

Nombre d'enfant(s) et âge(s) :

Nom, adresse et N° de Contrat d'Assurance Responsabilité Civile :

EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e),....., déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence, **il sera fait appel au SAMU**, et que le médecin régulateur des urgences, décidera des mesures les plus appropriées à l'état de l'élève.

D'autre part, je note qu'un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre majeur **de sa famille**.

En cas d'accident, ou tout autre problème de santé aigu, **l'établissement s'engage à prévenir la famille dans les plus brefs délais**.

Signature des parents ou responsables légaux, ou de l'élève majeur :

VACCINATIONS

Fournir la photocopie du carnet de santé (*uniquement pages des vaccinations*).

Rappel : pour l'admission en collectivité, la vaccination **DTP** (Diphtérie, Tétanos, Polio) est **obligatoire**. **En cas de contre-indication, veuillez fournir un certificat médical.**

● **Vaccin DTP (obligatoire)**

1^{ère} injection : 2^{ème} injection : 3^{ème} injection :

Rappels :

● **Vaccin ROR (obligatoire)**

1^{ère} injection : 2^{ème} injection :

RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

Médecin traitant : Dr.

Adresse :

Téléphone :

Afin de faciliter le suivi médical de votre enfant, merci de répondre aux questions suivantes, si vous le jugez nécessaire.

Pathologie(s) :

Intervention(s) Chirurgicale(s) :

- Laquelle/lesquels :

.....
.....

- Dates :

Allergie(s) :

Si l'allergie nécessite la prise d'un traitement d'urgence en cas de crise, la mise en place d'un PAI est nécessaire.

Renseignement utiles à signaler (malaises, suivi psychologique, trouble cardiaques, convulsions, épilepsie, diabète...), ainsi que tout traitements en cours :

.....
.....

Dans le d'une **maladie chronique**, et/ou si votre enfant a déjà fait l'objet d'une **PAI (projet d'accueil individualisé)** merci de vous adresser au Pôle santé pour en formuler la demande. Merci de joindre une copie du PAI de collège.