

FICHE INFIRMERIE

Document confidentiel

Consultable par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.

Cette fiche est à remettre avec la photocopie du carnet de vaccination **sous enveloppe cachetée, ou par mail à l'adresse suivante : cfa.eure-et-loir@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'infirmier 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 ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Dysorthographe ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Dyscalculie ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Dyspraxie ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Déficience visuelle ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Déficience auditive ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Trouble du spectre de l'autisme (TSA) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| • Autre ? Précisez : | | |

Si vous avez coché « oui », merci de joindre les documents + bilans médicaux ou paramédicaux récents.

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

Fait à _____ ,

Le

Signature du représentant légal ou de l'apprenant majeur : _____