



Nos infirmières restent à votre écoute :  
03.81.58.61.41  
[infirmierie.legta.besancon@educagri.fr](mailto:infirmierie.legta.besancon@educagri.fr)

# FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

*Cette fiche est confidentielle et valable pour toute la durée de l'année scolaire en cours.*

Elle est à remettre **PAR MAIL**, **avec en pièce jointe, la photocopie du carnet de vaccination à jour** à l'adresse suivante : [infirmierie.legta.besancon@educagri.fr](mailto:infirmierie.legta.besancon@educagri.fr) (*avant le 04 juillet 2024* pour les *nouvelles inscriptions* et *avant le 04 septembre 2024* pour les *élèves déjà inscrits*).

Ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement ainsi que par les médecins lors de la visite médicale annuelle pour les élèves mineurs allant en stage.

En cas de changement ou de modification durant le cycle scolaire, merci d'en informer les infirmières et de renvoyer une nouvelle fiche de santé confidentielle complétée et signée par mail.

**Tout problème médical avéré non signalé, dégage la responsabilité du service de santé.**

**Nom** :

**Prénom** :

**Date de naissance** :

**Classe** :

**Régime** :  INTERNE  DEMI-PENSIONNAIRE  EXTERNE

**Numéro de portable de l'apprenant** :

Adresse postale si différente de celle des parents :

**Hébergement particulier** :  garde alternée  famille d'accueil  foyer  autre

**Coordonnées des responsables légaux (personne à prévenir) :**

Responsable légal 1	Responsable légal 2	Personne susceptible de prendre en charge votre enfant si l'on ne peut pas vous joindre
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="text"/>	Lien de parenté: <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tel domicile : <input type="text"/>	Tel domicile : <input type="text"/>	Tel domicile : <input type="text"/>
Tel travail : <input type="text"/>	Tel travail : <input type="text"/>	Tel travail : <input type="text"/>
Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
E-mail : <input type="text"/>	E-mail : <input type="text"/>	E-mail : <input type="text"/>

**Coordonnées du médecin traitant :**

(nom, adresse du cabinet, numéro de téléphone, adresse mail du médecin traitant (ou de son secrétariat))









**Date du dernier vaccin antitétanique :**

**POUR RAPPEL :** les vaccinations obligatoires (diphtérie/tétanos/coqueluche/poliomyélite) doivent être à jour.

Sauf en cas de certificat médical de contre-indication (code de la santé publique), le médecin n'accordera pas l'aptitude pour les stages, lors de la visite médicale annuelle en début d'année scolaire, pour les élèves de filières professionnelles et technologiques dont les vaccins ne sont pas à jour.

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATION DE L'APPRENANT **A JOUR EN PIECE-JOINTE** à l'adresse mail ci dessous  
[infirmerie.legta.besancon@educagri.fr](mailto:infirmerie.legta.besancon@educagri.fr)

N'oubliez pas d'indiquer le nom, prénom et la date de naissance de l'apprenant sur la photocopie afin de garantir l'identité.

**Antécédent(s) médicaux/ psychiatriques/ chirurgicaux**

**Problème(s) médicaux/ psychiatriques (ex : asthme, épilepsie, migraine, diabète, épistaxis, difficultés psychologiques, dépression, etc)**

**Allergie(s) (ex : médicamenteuses, intolérances alimentaires, environnementales (graminées, insectes, acariens, félins, etc):**

L'apprenant a-t-il des allergies ?	Médicamenteuses ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Alimentaires ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Autres ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Si oui lesquelles?

**SUIVI(S) ÉVENTUEL(S) :**

L'apprenant est-il suivi par un médecin spécialiste/psychiatre/psychologue/structure d'aide/etc ?

OUI                       NON

Si vous avez coché « oui », nous vous invitons à vous mettre en relation avec les infirmières et compléter les coordonnées et le suivi ci-dessous.

Spécialisation	<input type="text"/>	Spécialisation	<input type="text"/>	Spécialisation	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Suivi (problèmes, etc)	<input type="text"/>	Suivi (problèmes, etc)	<input type="text"/>	Suivi (problèmes, etc)	<input type="text"/>

**TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) (ex : insuline, bronchodilatateur, anapen, antihistaminique, antihypertenseur, anxiolytique, antidépresseur, neuroleptique, somnifère,...)**

Les traitements doivent être impérativement **remis au service de l'infirmier avec une photocopie de l'ordonnance**.  
Si votre enfant doit garder le traitement sur lui, merci de bien vouloir vous mettre en relation avec les infirmières et de **le signaler afin de mettre en place un PAI\***

NOM Prénom de l'apprenant :

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

- L'apprenant a-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place durant la scolarité précédente ?  
 OUI  NON
- Souhaitez-vous mettre en place un PAI ?  
 OUI  NON

**RAPPEL** : Il appartient aux familles de faire la demande de reconduction de ce dispositif. Sans PAI complété et signé par un médecin, et en l'absence des infirmières, aucun traitement ne pourra être administré au sein de l'établissement. Nous vous invitons donc à **prendre contact avec les infirmières** afin qu'elles puissent vous transmettre le document vierge dématérialisé par mail, à **faire remplir impérativement en version numérique par les représentants légaux de l'élève mineur ou par l'élève majeur et le médecin**, afin de faciliter la lisibilité du document et la communication des procédures à suivre.

**Pédagogie**

- 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, Aménagement d'épreuves, PPS, GEVA-Sco,,,

**Troubles de l'apprentissage :**

**L'apprenant présente-t-il 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 :

**Est-il suivi par un(e) orthophoniste ?**  OUI  NON

Si oui, précisez les coordonnées du thérapeute :

(nom, adresse du cabinet, adresse mail et numéro de téléphone)

**L'apprenant a-t-il bénéficié au cours de la scolarité précédente d'un ?**

- **PAP** (projet d'accueil personnalisé), dyslexie, dysorthographe, TDAH,,,  
 OUI  NON  
◦ pour les élèves ayant un PAP, celui-ci sera à établir ou à reconduire dès septembre avec le professeur principal.
- **PPS** (projet personnalisé de scolarisation) , élève suivi par la MDPH  
 OUI  NON  
◦ fournir obligatoirement la notification MDPH ainsi que l'ancien GEVA-Sco au professeur principal  
◦ précisez le handicap :
- **AVS** (auxiliaire de vie scolaire) - nombre d'heures ?   
 OUI  NON
- **AE** (aménagement d'épreuves- tiers temps) , dyslexie, dysorthographe, TDAH,,,  
 OUI  NON

**Si vous avez coché « oui », merci de faire parvenir les documents concernés au professeur principal.**

**Dispense EPS** :  totale  partielle  autre  (joindre le certificat médical au professeur d'EPS, disponible sur le site internet du lycée dans l'onglet infirmerie)

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

Je, soussigné(e)  autorise le lycée Granvelle à collecter et traiter les données de santé de mon enfant  conformément aux exigences du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Je comprends que ces informations seront utilisées exclusivement pour assurer la santé et la sécurité de mon enfant dans le cadre scolaire.

Fait à : , le :

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur

*En cas de changement ou de modification sur l'année scolaire à venir, merci de renvoyer une nouvelle fiche de santé confidentielle complétée et signée par mail : [infirmierie.legta.besancon@educagri.fr](mailto:infirmierie.legta.besancon@educagri.fr)*

<b>Si vous n'avez aucun changement à apporter par rapport à l'année écoulée, merci de bien vouloir compléter la ligne qui correspond à l'année scolaire à venir</b>	<b>Année scolaire</b>	<b>Classe</b>	<b>Fait à</b>	<b>Date</b>	<b>Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur</b>
	2025/2026				
	2026/2027				
	2027/2028				
	2028/2029				

**Informations sur vos droits en matière de protection des données :**

- Conformément au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des données mentionnées sur ce document, sous réserve des obligations légales de conservation de ces données.
- Pour exercer ces droits ou pour toute question relative à la protection des données, vous pouvez contacter le lycée à l'adresse suivante : [legta.besancon@educagri.fr](mailto:legta.besancon@educagri.fr)