**Rentrée Scolaire 2025/2026 valable pour toute la durée de l'année scolaire en cours**

| | |
|---|---|
| MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE<br>*Liberté Égalité Fraternité* | LYCÉE GRANVELLE DANNEMARIE-SUR-CRÊTE<br>*Nos infirmières restent à votre écoute :*<br>*03.81.58.46.85 ou 03.81.58.27.40*<br>*infirmerie.legta.besancon@educagri.fr* |

# FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

*Elle est à remettre* **PAR MAIL en version numérique, avec en pièce jointe, la photocopie des vaccinations obligatoires à jour** à l'adresse suivante :
*infirmerie.legta.besancon@educagri.fr*

***(AVANT la journée d'inscription du 01 juillet 2025)***

*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 et étudiants mineurs allant en stage.*

*En cas de changement ou de modification durant le cycle scolaire, merci 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** |
|---|---|---|
| ☐ **Père** ☐ **Mère** ☐ **Autre** | ☐ **Père** ☐ **Mère** ☐ **Autre** | **Lien de parenté:** |
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |
| Adresse | Adresse : | Adresse : |
| Tel domicile : | Tel domicile : | Tel domicile : |
| Tel travail : | Tel travail : | Tel travail : |
| Portable : | Portable : | Portable : |
| E-mail : | E-mail : | E-mail : |

**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 :**

Les rappels des vaccinations obligatoires DTCP (diphtérie/tétanos/coqueluche/poliomyélite) **DOIVENT ÊTRE A JOUR AVANT L'ENTRÉE DANS L'ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE** (le rappel du vaccin est à faire entre 11 ans et 13 ans, soit entre 2021 et 2024 si votre enfant est né(e) en 2010).

Sans vaccination à jour, votre enfant ne pourra pas se rendre en stage et le médecin n'accordera pas l'aptitude médicale lors de la visite médicale annuelle en début d'année scolaire (pour les élèves des filières professionnelles et technologiques), sauf en cas de certificat médical de contre-indication (code de la santé publique).
Merci de vous mettre en relation avec votre médecin traitant.

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DU CARNET DES VACCINATIONS DE L'APPRENANT A JOUR EN PIECE-JOINTE à l'adresse mail suivante 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) chirurgicaux (opération) – familiaux → mort subite avant 30 ans dans la famille, problème cardiaque avant 55 ans, malformation cardiaque, maladie du sang (thrombophilie, mutation facteur V Leiden)**

**Problème(s) médicaux/ psychiatriques (ex : asthme, épilepsie, migraine, diabète, règles douloureuses, difficultés psychologiques, dépression, phobie scolaire, crises d'angoisse, etc)**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| L'apprenant a-t-il des allergies ? | Médicamenteuses ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| | Alimentaires ? | ☐ OUI | ☐ NON |
| | Autres ? | ☐ OUI | ☐ NON |

Si oui lesquelles?

**Merci de compléter la case traitement(s) éventuel(s) si problème(s) médicaux**

**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 | | Spécialisation | | Spécialisation | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Suivi (problèmes, etc) | | Suivi (problèmes, etc) | | Suivi (problèmes, etc) | |

**Est-il suivi par un ophtalmologue ?** ☐ OUI ☐ NON **Médecin ORL ?** ☐ OUI ☐ NON

**TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) (ex : insuline, bronchodilatateur, adrénaline, antihistaminique, antalgique, antihypertenseur, anxiolytique, antidépresseur, neuroleptique, somnifère, etc)**

**Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmerie 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 pour qu'elles puissent vous transmettre le document vierge dématérialisé par mail, à faire remplir 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**
- **Dysorthographie ?** ☐ **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, dysorthographie, 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, dysorthographie, 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 nouveauté sur l'année scolaire, merci de renvoyer une nouvelle fiche de santé confidentielle complétée et signée par mail:* infirmerie.legta.besancon@educagri.fr

**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