


## Rentrée Scolaire 2026/2027

valable pour toute la durée de l'année scolaire en cours

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.

 <p><b>MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE</b></p> <p><i>Liberté Égalité Fraternité</i></p>	 <p><b>LYCÉE GRANVELLE DANNEMARIE- SUR-CRÊTE</b></p> <p>Nos infirmières restent à votre écoute : 03.81.58.46.85 ou 06.11.07.49.01 <a href="mailto:infirmierie.legta.besancon@educagri.fr">infirmierie.legta.besancon@educagri.fr</a></p>
---	--

# FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

La fiche doit être complétée (en version numérique), imprimée et apportée lors de la journée d'inscription du vendredi 3 juillet ou lundi 6 juillet 2026.

Merci de fournir également une photocopie du rappel vaccinal contre le tétanos à jour. (UNIQUEMENT les pages 90-91 du carnet de santé).

Si le rappel du tétanos n'est pas à jour, la photocopie ne sera pas conservée et vous sera restituée.

**Nom** :

**Prénom** :

**Date de naissance** :

**Classe** :

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


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


**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 :

**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 2022 et 2024 si votre enfant est né(e) en 2011**).

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

**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 de rentrée 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.

**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/psychiques et traitements en lien:**  **NON**

<input type="checkbox"/> <b>ASTHME</b> <input type="checkbox"/> allergique <input type="checkbox"/> alimentaire <input type="checkbox"/> environnementales <input type="checkbox"/> d'effort <input type="checkbox"/> sévère  <input type="checkbox"/> bronchodilatateur <input type="checkbox"/> VENTOLINE = SALBUTAMOL= AIROMIR <input type="checkbox"/> BRICANYL  <input type="checkbox"/> antihistaminique <input type="checkbox"/> LEVOCETIRIZINE <input type="checkbox"/> DESLORATADINE + AERIUS <input type="checkbox"/> BILASTINE  <input type="checkbox"/> corticoïde <input type="checkbox"/> BUDENOSIDE <input type="checkbox"/> PULMICORT <input type="checkbox"/> SYMBICORT <input type="checkbox"/> PREDNISONE = CORTANCYL <input type="checkbox"/> PREDNISOLONE = SOLUPRED  <input type="checkbox"/> adrénaline <input type="checkbox"/> EPIPEN <input type="checkbox"/> ANAPEN <input type="checkbox"/> JEXT <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> <b>DIABETE</b> <input type="checkbox"/> DID  <input type="checkbox"/> POMPE INSULINE  INSULINE <input type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> rapide <input type="checkbox"/> CAPTEUR GLYCEMIE / DEXTRO  <input type="checkbox"/> BAQSIMI <input type="checkbox"/> AUTRE  <input type="checkbox"/> gère seul(e) son traitement  <input type="checkbox"/> <b>EPILEPSIE</b> <input type="checkbox"/> anti-épileptique <input type="checkbox"/> BUCCOLAM <input type="checkbox"/> AUTRE  <input type="checkbox"/> <b>MIGRAINE</b> <input type="checkbox"/> DOLIPRANE = PARACETAMOL <input type="checkbox"/> IBUPROFÈNE <input type="checkbox"/> AUTRE  <input type="checkbox"/> <b>RÈGLES DOULOUREUSES</b> <input type="checkbox"/> DOLIPRANE = PARACETAMOL <input type="checkbox"/> IBUPROFENE <input type="checkbox"/> ANTADYS <input type="checkbox"/> AUTRE	<input type="checkbox"/> <b>DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES</b> <input type="checkbox"/> <b>ANXIÉTÉ</b> <input type="checkbox"/> <b>CRISES D'ANGOISSES</b> <input type="checkbox"/> <b>PHOBIE SCOLAIRE</b> <input type="checkbox"/> <b>DÉPRESSION</b>  <input type="checkbox"/> AUTRE  traitement(s) : <input type="checkbox"/> SERESTA <input type="checkbox"/> SERTRALINE <input type="checkbox"/> TERCIAN <input type="checkbox"/> AUTRE  <input type="checkbox"/> <b>TROUBLES DU SOMMEIL</b> <input type="checkbox"/> difficulté d'endormissement <input type="checkbox"/> réveil fréquent <input type="checkbox"/> 1 fois par nuit <input type="checkbox"/> 2 fois par nuit <input type="checkbox"/> Plus de 3 ou 4 fois par nuit <input type="checkbox"/> AUTRE  <input type="checkbox"/> <b>APNÉE DU SOMMEIL</b>
--	---	---

**AUTRES PATHOLOGIES :**   
**AUTRES TRAITEMENTS :**

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

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

Si oui lesquelles?

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\* pour les traitements de longue durée.













## SUIVI(S) ÉVENTUEL(S) :

L'apprenant est-il suivi par un médecin spécialiste ou structure d'aide?

OUI  NON

<input type="checkbox"/> psychologue	<input type="checkbox"/> pédiatre	<input type="checkbox"/> endocrinologue	<input type="checkbox"/> dermatologue
<input type="checkbox"/> psychiatre	<input type="checkbox"/> cardiologue	<input type="checkbox"/> gastro-entérologue	<input type="checkbox"/> autre <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> structure d'aide (CMP, MDA, etc)	<input type="checkbox"/> pneumologue	<input type="checkbox"/> neurologue	

Merci de 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"/>

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

### \*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 reconduire ce dispositif pour cette nouvelle année scolaire ?  
 OUI  NON

**RAPPEL :** Il appartient aux familles d'effectuer la demande de reconduction de ce dispositif. **Nous vous invitons donc à prendre contact avec les infirmières lors de la journée d'inscription.**

*Les PAI vierges sont disponibles sur le site internet du lycée dans l'onglet « infos pratiques → infirmerie »*

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.

**Le PAI doit être complété en version numérique par les représentants légaux de l'élève mineur, ou par l'élève majeur ainsi que par le médecin traitant ou spécialiste, afin de faciliter la lisibilité du document et la communication des procédures à suivre.**

### Dispense EPS :

totale  partielle (**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 au service infirmerie*

### Renouvellement fiche de santé confidentielle pour l'année scolaire suivante

S'il n'y a pas de changement par rapport à l'année dernière, merci de remplir la ligne pour l'année scolaire à venir.	Année scolaire	Classe	Fait à	Date	Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur
	2027/2028				
	2028/2029				
	2029/2030				
	2030/2031				

**MERCI DE PRIORISER UN TROMBONE ET DE NE PAS AGRAFER LES FEUILLES !**

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)