

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS
à transmettre sous pli cacheté au **SERVICE MÉDICAL**

Nom : Prénom : Classe : Adresse :	Dernier établissement fréquenté : Classe de :
Nom du responsable légal : Numéro de téléphone de l'élève : Numéro de téléphone du responsable légal:	Numéro de Sécurité sociale de l'enfant: Nom et coordonnées du médecin traitant :
Problèmes ayant une incidence sur la santé de l'élève: (Année de la maladie, interventions chirurgicales..)	
Allergies connues : Maladie chronique (diabète, asthme...) :	
Votre enfant suit il actuellement un traitement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel ? :	
Votre enfant a t'il déjà bénéficié d'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Votre enfant a t'il déjà bénéficié d'un aménagement particulier lors de sa scolarité en raison de son état de santé ou d'un handicap : PPS (Projet Personnalisé de scolarisation) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, joindre copie des derniers aménagements/GevaSco.

Joindre la copie du Carnet de vaccination

*Si votre enfant présente des problèmes de santé ou un handicap **nécessitant la mise en place d'un protocole médical**, nous vous prions de bien vouloir vous mettre en relation avec **le service médical** du lycée, afin d'accueillir votre enfant au sein de l'établissement dans les meilleures conditions.*

Date :

Signature du responsable légal :