



**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS**

A 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 : <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Oui  <input type="checkbox"/> Non         </div> Si oui, lequel? :	
Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un <b>P.A.I</b> (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 : <b>PPS</b> (Projet Personnalisé de scolarisation): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>PAP</b> (Plan d'Accompagnement Personnalisé): <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, joindre une 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: