

**FICHE MEDICALE – Etudiants & apprentis**

**ETUDIANT/APPRENTI :**

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	<b>Classe (filière) en 2017-2018 :</b>
N° de portable :	e-mail :

VIVEZ-VOUS CHEZ VOS PARENTS ?  Oui       Non

**PERSONNE RESPONSABLE :**

En cas d'accident ou de maladie, l'établissement s'efforce de prévenir rapidement la famille.

Nom du Père :	Nom de la Mère :	Nom du responsable si différent des parents :
N° domicile :	N° domicile :	N° domicile :
N° de travail :	N° de travail :	N° de travail :
N° de portable :	N° portable :	N° portable :

**EN CAS D'URGENCE :**

NOM de la personne à prévenir : .....	NOM du médecin traitant : .....
Numéro de téléphone : .....	Numéro de téléphone : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :**

AVEZ-VOUS DES PROBLEMES DE SANTE DU TYPE :

- Asthme
  - Problèmes cardiaques .....
  - Diabète
  - Epilepsie
  - Troubles du sommeil
  - Autres
- .....
- .....

**ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :**

.....

**ALLERGIES :**

- Alimentaire :.....
- Médicamenteuse :.....
- Autres :.....

**TRAITEMENT :**

**SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT ?**

Si oui, lequel ?.....

**AVEZ-VOUS DEJA BENEFICIE D'UN « PAI » :**

(PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE) :  OUI  NON

**REGIME ALIMENTAIRE (MEDICAL) :**

Si oui, lequel ?.....

**VACCINATIONS (DATE DU DERNIER RAPPEL) :**

DTP polio :.....

ROR :.....

**SUIVI PARTICULIER :**

**ETES-VOUS SUIVI PAR UN :**

- Orthophoniste
- Psychologue
- Kinésithérapeute
- Autres.....

**AVEZ-VOUS DEJA BENEFICIE D'UN :**

**=> Merci d'envoyer les photocopies de l'attestation ou des aménagements obtenus**

- PPRE (Programme personnalisé de réussite éducative)
- PAP (Plan d'accompagnement personnalisé)
- PPS (Projet personnalisé de scolarisation)
- Aménagements aux examens (Temps partiel, secrétaire...)

**INFORMATIONS PERSONNELLES OU FAMILIALES IMPORTANTES A COMMUNIQUER A L'EQUIPE**

**INFIRMERIE :**.....  
.....  
.....

**Date et signature :**

**Ces informations sont confidentielles. A remettre sous pli cacheté à l'infirmerie.**

**Albane ARMINJON et Aurore VOITELLIER**  
Tel : 06 70 61 88 24 [infirmerie@nd-granchamp.fr](mailto:infirmerie@nd-granchamp.fr)