

1. L'élève :

Classe :

Noms : Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

Externe Demi pensionnaire Interne

Etablissement d'origine :

2. Les responsables légaux :

✓ Responsable légal : Monsieur madame

Noms:Prénoms:Lien de parenté:

△ adresse :

Ville + code postal :

☎ tel domicile : Mobile : Professionnel :

Profession :

✓ Responsable légal : Monsieur madame

Noms:Prénoms:Lien de parenté:

△ adresse :

Ville + code postal :

☎ tel domicile : Mobile : Professionnel :

Profession :

✓ Autre personne à contacter en cas d'empêchement des responsables légaux :

Noms:Prénoms:Lien de parenté:

☎ tel domicile : Mobile : Professionnel :

3. Scolarité /aménagements :


Redoublement : Oui Non PSC1 obtenu: oui Non

PAI (Projet d'Accueil Individualisé) : Oui Non A renouveler

PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé): Oui Non A renouveler

PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation/MMPH) : Oui Non A renouveler En attente de notification

AE (Aménagements d'Examens) : Oui Non A renouveler

 **Merci de joindre sous pli cacheté les derniers bilans (orthophonique, de psychomotricité, d'ergothérapie, neuropsychologique.....) afin de permettre la mise en place de ces aménagements.**

4/Santé :

Date du dernier vaccin antitétanique :...../...../.....

 **Merci de joindre une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé pour les élèves de 2nd et les nouveaux élèves.**

Nom du médecin traitant :Téléphone :

Intervention chirurgicale récente ? : Oui Non Si oui, précisez la date :...../...../.....

Existe-t-il un déficit ? : auditif Moteur Visuel


Allergies ? : Alimentaire Médicamenteuse

L'élève est-il/elle ? Asthmatique Diabétique Epileptique Drépanocytaire Dispensé.e d' EPS

Autre (précisez) :

L'élève a-t-il/elle des médicaments à prendre sur le temps scolaire ? Oui Non

Si oui, précisez :

 **Les élèves ne sont pas autorisé.e.s à avoir des médicaments dans leur sac (sauf en cas de PAI). Dans le cas de traitement ponctuel, il est possible de déposer les médicaments à l'infirmierie avec une copie de l'ordonnance.**

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté.e et transporté.e par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un.e élève mineur.e ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné.e de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....autorisons l'anesthésie de notre fils/fille.....au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aigue à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

à.....le.....

Signature des parents