



SECONDE
BACCALAURÉAT GÉNÉRAL : **Première** **Terminale**
BACCALAURÉAT STAV : **Première** **Terminale**
EIL : AMENAGEMENT PRODUCTION TRANSFORMATION SERVICES

ELEVE

NOM (en majuscules) : Prénom usuel :
 Date de naissance :/...../..... à Dép. : Pays :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 N° portable de l'élève **OBLIGATOIRE** :
 Tel domicile de l'élève :

Personne référent 1 (père- mère- tuteur)

NOM (en majuscules) : Prénom usuel :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 N° portable **OBLIGATOIRE** :
 Tel domicile:
 Tel lieu de travail:
 E-mail personnel :
 E-mail professionnel:.....

Personne référent 2 (père- mère- tuteur)

NOM (en majuscules) : Prénom usuel :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 N° portable **OBLIGATOIRE** :
 Tel domicile:
 Tel lieu de travail:
 E-mail personnel :
 E-mail professionnel:.....

Autre personne à prévenir en cas de besoin

NOM : Prénom usuel :
 Adresse :
 N° portable :

MEDECIN TRAITANT

NOM : Lieu d'exercice :
 téléphone :



FICHE SANTE (A remplir par les parents et le médecin si nécessaire)

2/4

Problèmes de santé et/ ou antécédents chirurgicaux	
Allergies	Traitements (joindre la prescription en cas d'urgence)
<p>Rappel important : En cas de traitement médical à suivre dans l'établissement, les médicaments seront remis à l'infirmière avec le duplicata de l'ordonnance.</p>	
Dossier PAI – PPS / MDPH - PAP (cf instructions pour remplir le dossier)	
<p>Un dossier PAI (Plan d'Accueil Individualisé) a-t 'il déjà été constitué :</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI : année</p> <p>Un dossier MDPH (PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation) a-t 'il déjà été constitué :</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI : année</p> <p>Un dossier PAP (Plan d'Accueil Personnalisé) a-t 'il déjà été constitué</p> <p><input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI : année</p> <ul style="list-style-type: none"> Souhaitez-vous mettre en place pour la rentrée : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un PAI <input type="checkbox"/> Un dossier MDPH/PPS <input type="checkbox"/> Un PAP <input type="checkbox"/> Un dossier de demande d'aménagement d'examen <p style="text-align: right;">Dossier s téléchargeables en ligne</p>	

Observations particulières :

Accepteriez-vous que nous utilisions en cas de besoin les médicaments homéopathiques : OUI - NON

A le

Signature du responsable légal ou de l'élève majeur :

CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que l'élève :

NOM : Prénom :

Classe :

N'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse susceptible de nuire à autrui,

Qu'il(elle) est apte à participer :

- aux travaux pratiques agricoles
- à la pratique de tous les sports dans le cadre de l'éducation physique et sportive
- à la pratique des sports en compétition dans le cadre de l'UNSS et/ou de la FFSU.

En cas d'**inaptitude** à la pratique de l'éducation physique et sportive, remplir le certificat médical ci-dessous.

Je soussigné(e), docteur en médecine certifie avoir examiné l'élève :

NOM : Prénom :

Constate, ce jour, que son état de santé entraîne :

Une inaptitude temporaire : du au

Une inaptitude totale :

1. à tous les sports :
2. à un sport en particulier :

Certificat de vaccination :

BCG le :

Résultat du dernier test de contrôle le :

Diphtérie Tétanos Polio (DTP) **VACCIN A JOUR** : **OUI** **NON**

Dernier rappel le :

Autres vaccinations :

.....
.....

A le
Signature et cachet du médecin

*Les élèves ou étudiants mentionnés à l'article 1er de l'arrêté du 6 mars 2007 susvisé sont soumis aux obligations d'immunisation mentionnées à l'[article L. 3111-4 du code de la santé publique](#). Au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, ils apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation mentionnées à l'article L. 3111-4. A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages



FICHE URGENCE

Année Scolaire 2022/2023

Document non confidentiel à remplir par la famille à chaque début d'année scolaire.
 Valable dans l'enceinte du lycée ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.

Nom : **Prénom :**
Classe : **Régime :** INT DP EXT
Date de Naissance : **Lieu de naissance :**
Sexe : M F
Adresse du jeune :

Personnes à prévenir :

Mère	Père	Autre
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
.....
Tel domicile :	Tel domicile :	Tel domicile :
.....
Tel travail :	Tel travail :	Tel travail :
.....
Portable :	Portable :	Portable :
.....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utiles de signaler (allergies, traitements, Précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.

Signature du responsable légal ou de l'élève/étudiant majeur
 Précédé de la mention « lu et approuvé »