

ÉLÈVE		Classe :
NOM :		
Prénoms :		
Date de naissance :	/ /	Commune de naissance :
Sexe :	<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Téléphone :		@Courriel :

1^{ER} RESPONSABLE LÉGAL À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
Lien avec l'élève :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre responsable. Préciser :
Nom de famille :	
Prénom :	
Téléphone :	@Courriel :

2^{ÈME} RESPONSABLE LÉGAL À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
Lien avec l'élève :	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre responsable. Préciser :
Nom de famille :	
Prénom :	
Téléphone :	@Courriel :

EN CAS D'URGENCE	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ La famille est immédiatement contactée par l'établissement. ✓ L'élève malade ou accidenté est pris en charge et transporté par les services d'urgence, selon les consignes du 15 (SAMU). ✓ Si l'élève est mineur, il doit obligatoirement être accompagné par un représentant légal. ✓ Un élève mineur ne peut pas quitter l'hôpital sans être accompagné de sa famille. 	

SUIVI MÉDICAL	Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge médicale ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, précisez :	<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Autre spécialité médicale. Précisez :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, précisez :	<ul style="list-style-type: none"> ✓ l'intervention : ✓ la date :

VACCINATIONS	Élèves concernés : <input type="checkbox"/> CAP SDG et <input type="checkbox"/> MARVI
<input type="checkbox"/> Transmettre OBLIGATOIREMENT la copie du carnet de vaccination	

P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)	
Votre enfant bénéficie-t-il d'un P.A.I. sur l'année scolaire 2025-2026 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI,	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indiquer le nom de la maladie (épilepsie, diabète, allergie, asthme, greffe, ...) : ✓ Souhaitez-vous reconduire ce PAI sur l'année scolaire 2026-2027 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 	
↳ Si OUI, afin de mettre en place un P.A.I. dans les plus brefs délais., transmettre, dès la rentrée, à l'infirmerie :	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ une ordonnance récente <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ✓ le(s) médicament(s) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 	
AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE.	

INFORMATIONS CONCERNANT LE PARCOURS SCOLAIRE DE L'ÉLÈVE

P.P.S. (Projet Personnalisé de Scolarisation)

Votre enfant bénéficie-t-il d'une **notification M.D.P.H.** (Maison Départementale des Personnes Handicapées) en lien avec des difficultés d'apprentissage sur l'année scolaire 2025-2026 ? OUI NON

Si OUI, Merci de transmettre, dès la rentrée et sous enveloppe au professeur principal :

Dernière notification M.D.P.H.

Dernier Geva-sco

afin de **mettre en place** le Projet Personnalisé de Scolarisation (P.P.S.) dans les meilleurs délais.

AMÉNAGEMENTS PÉDAGOGIQUES / P.A.P. (Plan d'Accompagnement Personnalisé)

Votre enfant a-t-il bénéficié d'aménagements pédagogiques sur l'année scolaire 2025-2026 ? OUI NON

Si OUI, pour les élèves de seconde ou nouveaux arrivants :

Merci de transmettre à l'**infirmière**, sous enveloppe, les documents paramédicaux récents suivants :

bilan orthophonique

bilan neuropsychologique

bilan ergothérapeutique

autre bilan spécialisé, précisez :

Si OUI, pour les élèves de première et terminale :

Merci de contacter le **professeur principal** dès le début de l'année scolaire pour reconduire le P.A.P.

SIGNATURES

Fait à

Le

Signature du représentant légal

Fait à

Le

Signature de l'élève

RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À TRANSMETTRE

Élèves concernés	Pièces à transmettre
Élèves bénéficiant d'un P.A.I.	<input type="checkbox"/> ordonnance récente- <input type="checkbox"/> médicament(s) prescrit(s)
Élèves bénéficiant d'un P.P.S. / notification M.D.P.H.	<input type="checkbox"/> dernière notification M.D.P.H. <input type="checkbox"/> dernier Geva-Sco
Élèves bénéficiant d'aménagements pédagogiques	<input type="checkbox"/> bilan orthophonique- <input type="checkbox"/> bilan neuropsychologique <input type="checkbox"/> bilan ergothérapeutique <input type="checkbox"/> autre bilan paramédical récent :
Élèves de CAP SDG et MARVI	<input type="checkbox"/> copie du carnet de vaccination