

PPS : Projet personnalisé de scolarisation

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PPS : Oui Non

Date de la fin de la reconnaissance MDH :

Nombre d'heure AESH :

→ Si oui merci de joindre une copie de son dernier Gevasco qui sera communiqué à l'ensemble de l'équipe pédagogique.

PAP : Projet d'accompagnement pédagogique (Pour les élèves du secondaire seulement)

Votre enfant a-t-il eu un PAP : Oui Non

En cas de reconduction

⇒ Merci de joindre le PAP du collège, les aménagements d'examens du brevet des collèges et l'avis médical signé validant la mise en place de ce PAP.

Ce document sera transmis au secrétariat de direction du secondaire pour la reconduction du PAP.

En cas de demande de PAP

⇒ Veuillez récupérer un dossier auprès du secrétariat du secondaire **à la rentrée.**

Une fois ce dossier complété, la demande sera envoyée par le secrétariat au CMS (centre médico-scolaire) où une commission étudiera la demande.



LYCÉE CHAMPOLLION

Grenoble

Tel : 04 76 85 59 59 Fax : 04 76 85 34 59

FICHE DE SANTÉ – *Confidentielle*

Interne ½ Pensionnaire Externe Interne-externé(e)

NOM : Prénom : Classe :

Né(e) le : à : Nationalité :

Courriel élève :

Portable élève :

Adresse élève :

Collège ou lycée fréquenté l'année dernière :

Correspondant (obligatoire pour les internes et internes-externé(e)s)

Nom et adresse :

En cas d'urgence

Père :

Mère :

Correspondant :

Tél. domicile :

Tél. domicile :

Tél. domicile :

.....

.....

.....

Tél. portable :

Tél. portable :

Tél. portable :

.....

.....

.....

Tél. travail :

Tél. travail :

Tél. travail :

.....

.....

.....

N° de sécurité sociale : .../.../.../.../.../.../.../...

Assurant votre enfant

Situation des parents : Mariés Séparés Divorcés Veuf Autre

Autorité parentale : Père Mère Autre

Nom, prénom, profession du père :

Nom, prénom, profession de la mère :

Nombre d'enfant(s) et âge(s) :

Nom, adresse et N° de Contrat d'Assurance Responsabilité Civile :

.....

EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e),, déclare avoir pris connaissance qu'en cas d'urgence, **il sera fait appel au SAMU**, et que le médecin régulateur des urgences, décidera des mesures les plus appropriées à l'état de l'élève.

D'autre part, je note qu'un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre majeur **de sa famille**.

En cas d'accident, ou tout autre problème de santé aigu, **l'établissement s'engage à prévenir la famille dans les plus brefs délais.**

Signature des parents ou responsable légaux, ou de l'élève majeur :

VACCINATIONS

Fournir la photocopie du carnet de santé (*uniquement pages des vaccinations*).

Rappel : pour l'admission en collectivité, la vaccination **DTP** (Diphtérie, Tétanos, Polio) est **obligatoire**. En cas de contre-indication, veuillez fournir un certificat médical.

- **Vaccin DTP (obligatoire)**

1^{ère} injection : 2^{ème} injection : 3^{ème} injection :

Rappels :

- **Vaccin ROR (obligatoire)**

1^{ère} injection : 2^{ème} injection :

RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ

Médecin traitant : Dr.

Adresse :

Téléphone :

Afin de faciliter le suivi médical de votre enfant, merci de répondre aux questions suivantes, si vous le jugez nécessaire.

Pathologie(s) :

Intervention(s) Chirurgicale(s) :

- Laquelle / lesquelles ? :

.....
.....

- Dates :

Allergie(s) :

Renseignement utiles à signaler (maaises, suivi psychologique, trouble cardiaques, convulsions, épilepsie, diabète...), ainsi que tout traitements en cours :

.....
.....

Dans le d'une **maladie chronique**, et/ou si votre enfant a déjà fait l'objet d'une **PAI (projet d'accueil individualisé)** merci de vous adresser au Pôle santé pour en formuler la demande.

En cas de **traitements médicamenteux à administrer au lycée** (par voie orale ou injection), merci de fournir les médicaments avec leurs ordonnances.