

Questionnaire médical

Année scolaire 2026/2027

CLASSE :

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Téléphone portable de l'élève :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....
.....

En cas d'accident ou de problème de santé, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant :

N° de portable père : N° portable mère :

Nom et n° d'une personne susceptible de vous joindre rapidement :

.....

NUMERO SECURITE SOCIALE DE L'ELEVE OBLIGATOIRE

en cas d'accident survenu au lycée :

NE PAS NOTER LE NUMERO DES PARENTS (voir explication jointe)

(à trouver sur sa carte vitale si plus de 16 ans ou attestation d'immatriculation CPAM si moins de 16 ans)

EN CAS DE PROBLEME : je m'engage à venir récupérer mon enfant dans des délais raisonnables, si le retour au domicile est nécessaire.

EN CAS D'URGENCE : un élève peut être évacué par un service de secours vers un centre hospitalier sur avis du 15. Dans ce cas, il n'est pas accompagné par un personnel du lycée. C'est pourquoi, en cas d'hospitalisation d'un élève mineur (interne ou externe), il est demandé à un représentant légal de se rendre sur place pour le prendre en charge et être présent au moment de sa sortie.

POUR LES NOUVEAUX INSCRITS : joindre les photocopies de toutes les pages des vaccinations du carnet de santé.

TSVP →

COCHER LES CASES, COMPLETER LE TABLEAU et le SIGNER

**IL EST RECOMMANDE DANS LE CAS D'UNE CASE COCHEE « OUI » DE PRENDRE
CONTACT RAPIDEMENT AVEC LE SERVICE INFIRMIER DU LYCEE**

	OUI		NON
TRAITEMENT	<input type="checkbox"/>	Tout traitement devra être déposé à l'infirmerie avec la copie de l'ordonnance correspondante. Aucun médicament ne doit être laissé à la libre disposition des élèves. Lequel :	<input type="checkbox"/>
ALLERGIE ALIMENTAIRE	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Fournir ordonnance ET traitement	<input type="checkbox"/>
AUTRE ALLERGIE	<input type="checkbox"/>	Laquelle : Fournir ordonnance ET traitement	<input type="checkbox"/>
ASTHME	<input type="checkbox"/>	Fournir ordonnance ET traitement	<input type="checkbox"/>
DIABETE	<input type="checkbox"/>	Fournir ordonnance ET traitement	<input type="checkbox"/>
EPILEPSIE	<input type="checkbox"/>	Fournir ordonnance ET traitement	<input type="checkbox"/>
SUIVI CARDIOLOGIQUE (ou autre)	<input type="checkbox"/>	A préciser :	<input type="checkbox"/>
SUIVI SPECIFIQUE (orthophonique, psychologique, psychiatrique, ou autre)	<input type="checkbox"/>	A préciser :	<input type="checkbox"/>
Prise en charge Education nationale : P.A.I P.A.P P.P.S	<input type="checkbox"/>	Joindre une copie et voir ci-dessous	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance MDPH	<input type="checkbox"/>	Précisez pour quelle difficulté. Joindre la dernière notification ainsi que le dernier GEVASCO	<input type="checkbox"/>
AESH - AVS	<input type="checkbox"/>	Nombre d'heures accordées : Joindre la notification	<input type="checkbox"/>

P.A.I : Projet d'Accueil Individualisé, **fournir une copie au service infirmier pour le renouvellement.**

P.A.P : Les renouvellements sont gérés par le secrétariat élèves. **Fournir le dernier PAP + bilan.**

MDPH : **Joindre la dernière notification MDPH + Gevasco.**

DATE :

SIGNATURES (parents, tuteur):