

FICHE SANTÉ ANNÉE

2024/2025

ENFANT :

Nom : Prénom : Classe :

Date de naissance : Lieu de naissance :

■ Votre enfant est-il sujet à l'épilepsie, l'asthme, la tétanie ou autres crises ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

■ Votre enfant a-t-il des allergies ? OUI NON

Si oui, lesquelles ?

■ Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si oui, lequel ?

■ Votre enfant porte des lunettes ? OUI NON

Si oui, doit-il les garder pendant la récréation ? OUI NON

■ Votre enfant a-t-il un suivi (orthophonie, psychologie...) OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) ?

■ Groupe sanguin :

■ **Un PAI est-il à mettre en place ?** OUI NON

Si un PAI a déjà été mis en place, est-il à reconduire ? OUI NON

**Le PAI permet aux enfants qui présentent des troubles de la santé d'être accueillis en collectivité scolaire [...]*

Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé et le chef d'établissement de la structure.

OUI NON

■ Votre enfant est-il accompagné par une AESH ?

■ Une demande d'AESH est-elle en cours ? OUI NON

■ Autres renseignements (intervention chirurgicales, maladie grave,...) :

.....

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Conduite à tenir en Cas d'urgence :

Je soussigné(e)..... autorise le chef d'établissement, l'enseignante ou la surveillante de mon enfant à prendre toutes dispositions nécessitées par l'état de santé de mon enfant.

Fait à : le :

ATTENTION : aucun médicament ne sera administré à l'école.

Seuls les enfants atteints d'une maladie chronique pourront, dans le cadre d'un PAI, prendre des médicaments à l'école

Signature PARENT 1 :

Signature PARENT 2 :

AUTORISATION PARENTALE D'UTILISATION DES DROITS D'IMAGES ANNEE 2024/2025

ENFANT :

Nom : Prénom :

Je soussigné(e).....

père - mère - tuteur * légal de l'élève :

..... en classe de.....

autorise - n'autorise pas * l'école à utiliser les images fixes ou animées de mon enfant prises dans le cadre d'une activité scolaire, de manifestations organisées par l'école pour constituer des photos de classe, des affiches dans l'école ; les utiliser dans des exposés, pour le site internet de l'école, les publier dans la presse, les insérer dans des CD-ROM, pour illustrer les rapports de stage des éventuels stagiaires présents dans l'école.

NOTICE D'INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DES INFORMATIONS DE SANTE RELATIVES AUX ELEVES

Les données de santé figurant sur la fiche santé sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence. Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Fait à St Quentin Fallavier, le

Signature(s) précédée(s) de la mention « Lu et approuvé »

Signature PARENT 1 :

Signature PARENT 2 :

* Barrer la mention inutile.