|  |
| --- |
| **Classe :** |

**RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS DESTINÉS A L’ESPACE SANTÉ**

**Année scolaire 2025/2026**

NOM : ………………………………………………… Prénom ……………………………………………….. Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**Renseignements médicaux :**

Votre enfant : (cocher la ou les cases correspondant à la situation de l’élève

🞎 A votre connaissance ne présente aucun problème de santé

🞎 A un suivi médical ou paramédical spécialisé :   
 🞎 Psychologue 🞎 Orthophoniste 🞎 Kinésithérapeute 🞎 Maison de l’adolescent

🞎 Autre : ……………………………………………..

🞎 A un régime alimentaire : …………………………………………………………………………………………………………..........................................

🞎 A des douleurs de règles importantes avec un traitement

🞎 A bénéficié l’année précédente d’un PAI (Projet d’Accueil Individualisé)

🞎 A une mesure ou un dossier MDPH (handicap)

🞎 A récemment subi ou doit subir une intervention chirurgicale ou médicale pouvant impacter sa scolarité

Précisez : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

🞎 A reçu deux injections du vaccin contre la Rougeole (ROR Rougeole Oreillons Rubéole)

Veuillez noter ci-dessous toutes mentions utiles à la bonne prise en charge de votre enfant :   
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pour tout traitement nécessitant un suivi ou une conduite spécifique en cas d’urgence, prendre rendez-vous avec l’infirmière de l’établissement en appelant au numéro du lycée : 02.32.81.69.70 (demander l’espace santé) ou par mail : [ce.0760109f@ac-normandie.fr](mailto:ce.0760109f@ac-normandie.fr)

**Autorisation d’intervention chirurgicale :**

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame …………………………………………………………………….......................................................

Autorisons l’anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime d’un accident ou d’une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

À ………………………………………….. Le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature des parents :

**Autorisation parentale pour les élèves mineurs :**

Des actions de prévention sont susceptibles d’être organisées au sein de l’établissement, votre enfant mineur(e) est- il/elle autorisé(e) à y participer ?

🞎 OUI 🞎 NON

En tant que parents, souhaitez-vous participer à des actions de prévention ?

🞎 OUI 🞎 NON

|  |
| --- |
| A l’attention des parents ou responsables légaux des élèves nouvellement inscrits dans l’établissement scolaire |

**DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL**

La Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 et le décret n°2002-637 sur l’accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, stipulent que toute transmission de données médicales d’un médecin à un autre doit faire l’objet d’une autorisation préalable du représentant de l’enfant.

La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant (qui le suivra durant tout son cursus scolaire) est soumise à ce principe.

Nous vous demandons donc de bien vouloir compléter et signer ce document qui sera remis au médecin référent de l’établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu’il puisse demander la transmission du dossier.

Il convient d’observer que la transmission de ce dossier assure le suivi médical de votre enfant tout au long de sa scolarité.

Je soussigné(e)

Nom : …………………………………………………………………………………....... Prénom …………………………………………………………………………………

Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Parent / responsable légal de l’élève :

Nom : …………………………………………………………………………………....... Prénom …………………………………………………………………………………

Né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

À : ………………………………………………………………………………………………

Autorise la communication de son dossier médical au médecin scolaire de l’établissement actuel.

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Signature :

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement où s’inscrit l’élève**  NOM : …………………………………………………………………………….  N° …………… Rue : ……………………………………………………………  Commune : …………………………………………………………………..  Département : ……………………………………………………………..  Pays : ………………………………………………………………………………  Classe : ………………………………………………………………………….. | **Etablissement d’où vient l’élève**  NOM : …………………………………………………………………………….  N° …………… Rue : ……………………………………………………………  Commune : …………………………………………………………………..  Département : ……………………………………………………………..  Pays : ………………………………………………………………………………  Classe : ………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **Cadre réservé au service médico-scolaire** |
| Dossier à retourner à :  Docteur : ……………………………………………………………………..  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Date de la réponse : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ |