

## FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE

### Année scolaire : 2026-2027

A remettre sous pli cacheté avec la photocopie des vaccinations à l'attention du personnel infirmier.

NOM, Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : .....

Classe : .....

L'élève est-il porteur d'une pathologie chronique ? : ☐ oui ☐ non  
Laquelle : .....

L'élève présente-t-il des allergies ? :

- Alimentaires : ☐ oui ☐ non
- Médicamenteuses : ☐ oui ☐ non
- Autres : .....

Devra-t-il prendre un traitement sur le temps scolaire ? : ☐ oui ☐ non

(Le personnel de santé vous contactera si besoin)

**Rappel important du règlement intérieur : pour toute prise de traitement pendant le temps de présence dans l'établissement scolaire, les médicaments et un double de la prescription médicale seront déposés auprès des infirmiers.**

L'élève bénéficie-t-il et/ou souhaitez-vous qu'il bénéficie d'un PAI ? : ☐ oui ☐ non

**Un élève atteint de troubles de la santé, physiques ou psychiques, évoluant sur une longue période, peut bénéficier d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) qui permet d'aménager sa scolarité au plus près de ses besoins, dans le respect de la confidentialité, (traitements ou soins particuliers, aménagements spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence). Circulaire du 10 février 2021, BO n°9 du 4 mars 2021.**

L'élève bénéficie-t-il d'un Projet Personnalisé Scolarisation(PPS) ? : ☐ oui ☐ non

**Indications complémentaires sur la santé de l'élève qui vous semblent importantes de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Médecin traitant :**

(NOM, adresse et numéro de téléphone) .....

.....  
.....

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_      Signature des représentants légaux :