



FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE

Année scolaire 2026/2027

LP Marius Bouvier

69, route de Lamastre 07300

Tournon s/Rhône

PHOTO

Nom de l'élève.....Prénom..... Classe.....

Interne ☐

1/2 Pension ☐

Externe ☐

Né(e) le ANationalité.....

Adresse.....

.....

.....

N° de sécurité sociale de l'élève* :/...../...../...../...../...../.....

***Si vous l'avez en votre possession Information très importante en cas d'accident du travail**

Responsable 1

Nom :.....

Profession :

Tel Domicile :

Portable :

Travail.....

Responsable 2

.....

.....

.....

.....

.....

Responsable autre

.....

.....

.....

.....

.....

Personne à prévenir en cas d'absence des responsables : Nom :.....

n° de tel :.....

Nom, adresse, numéro de tel du médecin traitant :

Vous devez obligatoirement fournir la photocopie des vaccinations en veillant à mettre le nom de l'enfant en haut de la feuille

Le **DTP** est un vaccin obligatoire pour la scolarité.

Tuberculose, Rougeole : Nous vous recommandons vivement la mise à jour de la vaccination.

Education physique et sportive

Si l'élève est inapte, vous devez le confirmer par un certificat médical qui indiquera le motif.

Antécédents médicaux :
.....

Allergies connues :

Hospitalisation/opération :
.....

Antécédents familiaux :
.....

Renseignements divers

L'élève a-t-il déjà bénéficié :

- ☐ D'un PAI (projet d'accueil individualisé) en cas de problème de santé
- ☐ D'un PPS (projet personnalisé de scolarisation-MDPH)
- ☐ D'un PAP (projet d'accompagnement personnalisé) en cas de difficultés d'apprentissage.
- ☐ D'un aménagement aux examens

Si oui, pensez à fournir une copie.

Si vous estimez que l'élève présente une pathologie (allergie, asthme, diabète, épilepsie...) nécessitant un aménagement ou une prise de traitement, vous devez prendre contact avec l'infirmière de l'établissement. Si l'élève présente un besoin particulier ou un handicap (dyslexie, troubles auditifs, visuels, statique...) vous devrez prendre contact avec le proviseur adjoint.

Je soussigné(e) Nom.....Prénom.....

Responsable de l'enfant.....

☐ Déclare avoir pris connaissance, qu'en cas d'urgence, il serait fait appel au SAMU (15) et que le médecin régulateur des urgences décidera les mesures les plus appropriées à l'état de l'enfant. Je m'engage à venir le chercher à sa sortie de l'hôpital.

☐ Déclare avoir pris connaissance qu'aucun RDV médical ne pourra être pris sans la présence de la carte vitale et d'une photocopie de la carte mutuelle valide.

A :..... Le :.....

Signature du Responsable :