

Lycée Professionnel Agricole



NOM DE L'ELEVE :

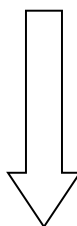
CLASSE :

MAJEUR

MINEUR

DOSSIER SANTE

A remettre sous enveloppe pour l'infirmière



Nous vous invitons à remplir ce dossier avec la plus grande attention.

En cas de nécessité de soins, cela peut vous éviter d'avoir à avancer les frais médicaux, et nous permettra d'agir plus rapidement en cas d'urgence.

2024-2025

**PIECES A JOINDRE
AU DOSSIER MÉDICAL
Année scolaire 2024-2025**

- Aménagement de scolarité en cas d'handicap
- Certificat médical
- Fiche santé
- Fiche d'urgence

AMENAGEMENT DE SCOLARITE EN CAS DE HANDICAP Année scolaire 2024-2025

Votre enfant, scolarisé au LPA Éducavert site d'Amboise, passera un examen au cours de sa formation. Qu'il s'agisse du DNB, de la certification BEPA ou du Bac pro, toute personne présentant un handicap et candidate à un examen, peut déposer une demande d'aménagement des épreuves de l'examen qu'elle souhaite présenter.

Suivant les textes réglementaires : « **constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidant** ».

Les candidats présentant une limitation d'activité n'entrent pas dans le champ du handicap tel que défini ci-dessus.

Les dispositions relatives à l'aménagement des épreuves portent sur :

- les **conditions matérielles** de déroulement des épreuves, accessibilité des locaux, installations matérielles des salles et lieux de passage des épreuves, utilisation d'aides techniques et humaines, temps majoré ;
- un **déroulement particulier de l'examen** selon les possibilités offertes par le règlement de celui-ci : étalement des épreuves sur plusieurs années, conservation des notes pendant plusieurs années.

L'aménagement des épreuves ne peut pas porter sur la structure de l'examen. Toute éventuelle adaptation du sujet, des objectifs ou des contenus des épreuves doit être décidée par l'autorité académique en regard de la notification établie par la MDPH (Maison Départementale Pour le Handicap).

Il faut souligner que l'aménagement d'épreuves ne remet pas en cause les principes fondamentaux

- de la scolarité : les candidats ont l'obligation de complétude de la formation, y compris la formation en milieu professionnel ;
- de l'égalité de traitement : les délibérations sont préparées de telle sorte que le président ou président adjoint de jury peut être informé des aménagements de certaines épreuves tout en conservant confidentiels l'identité du candidat et la nature du handicap.

PROCEDURE :

Le candidat sollicitant un aménagement des conditions d'examen doit établir un dossier de demande d'aménagement **à retirer dès le mois de septembre auprès de l'établissement.**

J'envisage d'établir un dossier d'aménagement pour mon enfant :

Nom Prénom : **du fait du handicap suivant (dyslexie, handicap, à préciser) :**

oui **non**

Date et signature du responsable légal

CERTIFICAT MEDICAL
(à remplir par votre médecin)

Je soussigné,, Docteur en médecine,
certifie que le jeune :

NOM :

Prénom :

Né(e) le à

n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse susceptible de nuire à autrui, et qu'il (elle) est apte à participer aux activités sportives et aux travaux pratiques

est apte à toutes pratiques sportives, en cours d'EPS et à toutes pratiques sportives en compétition (UNSS)

présente un état de santé entraînant une inaptitude totale à la pratique du sport pour l'année scolaire 2024-2025

présente une inaptitude partielle à la pratique des activités sportives et / ou des travaux pratiques du au.....

précisions éventuelles.....

.....

A....., le20.....

Signature et cachet du médecin :

Rentrée Scolaire 20 /20

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est remise avec la photocopie du carnet de vaccination sous enveloppe cachetée ou par mail à l'adresse ci-dessus ; ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.

Nom : **Prénom :**

Classe : **Date de naissance :**

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

(exemple:asthme,épilepsie,migraines,diabète,difficultés psychologiques...)

Antécédents Médicaux:

Antécédents Chirurgicaux:

TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :

**Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmier
avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance.**

Allergies :

L'apprenant a-t-il des allergies ?

Médicamenteuses ?

OUI

NON

Alimentaires ?

OUI

NON

Autres ?

OUI

NON

Si oui lesquelles (facultatif) ?

Projet d'accueil individualisé (PAI) :

- A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ?

OUI

NON

(Si oui, merci de bien vouloir le joindre.)

- Souhaitez-vous mettre en place un PAI ?

OUI

NON

Troubles de la santé ou Troubles de l'apprentissage :

Concernant les troubles suivants, sauf information contraire de votre part, sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour qu'elle élabore : PAP, GEVA-sco, PPS, demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

Si vous refusez la transmission à l'équipe éducative, cochez cette case :

La personne présente-elle un des troubles suivants :

- Dyslexie ? OUI NON
- Dysorthographe ? OUI NON
- Dyscalculie ? OUI NON
- Dyspraxie ? OUI NON
- Déficience visuelle ? OUI NON
- Déficience auditive ? OUI NON
- Trouble du spectre l'autisme(TSA) ? OUI NON

- Autre ? Précisez :

Si vous avez coché « oui », merci de joindre les documents
+ bilans médicaux ou paramédicaux récents.

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé

Fait à : , le :

Signature d'un représentant
légal ou de l'élève majeur

Rentrée Scolaire 20 /20



FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel

Consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement, service et de secours, à remplir par un représentant légal.

Nom : Prénom :

Classe : Régime : INT DP EXT

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Numéro de portable de l'élève (facultatif) :

Personnes à prévenir :

Responsable 1	Responsable 2	Autres (précisez)
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél travail :	Tél travail :	Tél travail :
Portable :	Portable :	Portable :
Mail :	Mail :	Mail :

Adresse de l'élève si différente :

1/2



Etablissement Public Local d'Enseignement et de Formation Professionnelle Agricole de Amboise - Chambray-Lès-Tours
Lycée Professionnel Agricole de Amboise
46 avenue Emile Gounin - BP 239 - 37402 Amboise Cedex
Tél. : 02 47 23 35 50 - Fax : 02 47 23 35 64
Courriel : lpa.amboise@educagri.fr - Site : <https://educavert.fr/>



Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utile de signaler (maladies, allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

Joindre une photocopie des vaccinations

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade, vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal.

Le responsable légal s'engage à prévenir de modifications concernant les données transmises.

A , le

Signature d'un représentant légal :

Ce document sera conservé durant l'année scolaire en cours