

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

*Cette fiche est confidentielle, elle est à remettre avec la **photocopie du carnet de vaccination** sous enveloppe cachetée ; 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) EVENTUEL(S) :

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

Allergies :

Votre enfant 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 élaboration des PAP, GEVA-sco, PPS, demande d'aménagement d'épreuve.

 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 de l'autisme ?	☐ Oui	☐ Non

 Autres ? Précisez :

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

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

 ***Pour les élèves internes, en collaboration avec le médecin traitant, vous pouvez munir votre enfant d'une ordonnance à l'année et d'un traitement en cas de douleurs (traitement et ordonnance en vie scolaire).***

Fait à :

le :

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



46 Avenue Emile Gounin – 37400 Amboise
Tél. : 02 47 23 35 50
Courriel : lpa.amboise@educagri.fr - Site : www.educavert.fr

FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel

Consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement, service 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 :
Email :	Email :	Email :

Adresse de l'élève si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utiles 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 :

AMENAGEMENT DE SCOLARITE ELEVES A BESOINS PARTICULIERS Année scolaire 2026-2027

Votre enfant, scolarisé au LPA Éducavert site d'Amboise, passera un examen au cours de sa formation. Qu'il s'agisse du DNB, du Bac pro ou du BTS, toute personne présentant un besoin particulier et/ou 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.

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

Nom Prénom : **du fait du handicap suivant : Troubles « dys »,**

TDA-H, (à préciser) :

Date et signature du responsable légal