

Nom :	Classe rentrée 2025 :
Prénom :	Date de Naissance :

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone

	Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autres
<i>Nom et Prénom</i>			
Adresse			
Code postal et ville			
Profession			
N° de téléphone du domicile			
N° de téléphone portable			
N° de téléphone du travail			
Adresse mail			

▪ **Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :**

..... 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

▪ **N° et adresse de l'assurance scolaire :**

Soins : autorisez-vous l'administration des thérapeutiques suivants inscrits dans la liste du bulletin officiel (paracétamol, spasfon, smecta, strepsil, arnigel...) **OUI / NON (entourez votre réponse)**

Suivi : observations particulières **que vous jugerez utiles de porter à la connaissance** de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) Essentiel en cas d'urgence.

.....

.....

.....

Il est souhaitable de signaler toute modification de l'état de santé de votre enfant au cours de l'année scolaire (au médecin scolaire et/ou l'infirmier-ère scolaire)

Si l'état de santé de votre enfant nécessite la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) dans le cadre d'une maladie chronique (circulaire n°2003-135 du 08 septembre 2003), merci de joindre, sous pli cacheté à l'attention du service de santé scolaire, un courrier de votre médecin traitant ou du spécialiste. Ce courrier doit comprendre un protocole d'urgence ainsi qu'une ordonnance pour les traitements concernés.

➤ **PAI pour l'année scolaire 2025-2026** **OUI / NON (entourez votre réponse)**

URGENCE : un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est le plus rapidement possible avertie par nos soins.

Un élève mineur ne pourra être pris en charge et/ou sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
- NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :
.....
.....



A....., le

*Signature **OBLIGATOIRE** du/des responsable(s) ou de l'élève majeur(e) :*

Il est souhaitable de signaler toute modification de l'état de santé de votre enfant au cours de l'année scolaire (au médecin scolaire et/ou l'infirmier-ère scolaire)

Mail : infirmier@clotilde.org

- Ecole
- Lycée Général
- Lycée Technologique
- Lycée Professionnel
- CFA
- CFC

DOSSIER MEDICAL

NOM ELEVE **PRENOM ELEVE**

Sexe : M F Date de naissance .. / .. / .. Nationalité

Portable de l'élève .. / .. / .. / .. / .. Mail de l'élève@.....

Numéro Sécurité Sociale de l'élève : _ _ _ _ _

Dans quelle classe sera inscrit l'élève à la rentrée 2025 : Régime Interne Externe Demi-pensionnaire

Dernier établissement fréquenté :

Adresse de l'élève : chez ses parents sa mère son père en garde alternée Nombre frères/sœurs :

Nom du médecin traitant : Dr..... Tél :

Adresse :

COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX

	<i>Père / mère</i>	<i>Père / mère</i>
Nom
<i>Prénom</i>
<i>Numéro de Portable</i>	.. / .. / .. / .. / / .. / .. / .. / ..
<i>Adresse</i>
<i>E-mail</i>@.....@.....
<i>Situation familiale</i>

ANTECEDENTS DE L'ELEVE

- | | |
|--|----------------------|
| Asthme <input type="checkbox"/> | |
| Troubles de la coagulation <input type="checkbox"/> | |
| Diabète <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsie <input type="checkbox"/> | |
| Autre(s) problème(s) de santé <input type="checkbox"/> | Le(s)quel(s) : |
| Allergie(s) : Médicament(s) <input type="checkbox"/> | Le(s)quel(s) : |
| Alimentaire <input type="checkbox"/> | Le(s)quel(s) : |
| Autre(s) <input type="checkbox"/> | Le(s)quel(s) : |

Pour cette maladie, l'élève suit-il/ elle :

Un traitement tous les jours : non oui Le(s)quel(s) :

Un traitement en cas d'urgence non oui Le(s)quel(s) :

L'élève est-il suivi par un ou plusieurs spécialiste(s)? (orthophoniste, psychologue, psychiatre)... ? non oui

Si oui, merci de préciser la spécialité et les coordonnées de chaque spécialiste

Spécialité à préciser :

Nom et prénom du spécialiste :

Coordonnées du spécialiste :

Spécialité à préciser :

Nom et prénom du spécialiste :

Coordonnées du spécialiste :

Spécialité à préciser :

Nom et prénom du spécialiste :

Coordonnées du spécialiste :

PAI

Si votre enfant bénéficie d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) pour une pathologie chronique ou allergie/intolérance alimentaire, merci de joindre sans faute :

- les documents du PAI
- une ordonnance de moins de 3 mois
- protocole d'urgence

A transmettre à l'infirmière, à la rentrée, dans une trousse nominative dédiée à cet effet

Particularité pour PAI alimentaire : les élèves ayant des allergies alimentaires et souhaitant manger à la cantine doivent présenter un certificat médical attestant que l'élève est autorisé à manger à la cantine et qu'il tolère les traces.

Sans ce certificat les élèves ½ pensionnaires doivent obligatoirement apporter un panier repas et les déposer à la cantine scolaire dès leur arrivée le matin.

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE SANS ORDONNANCE (HORS BULLETIN OFFICIEL ET PAI).

A, le

Signature *OBLIGATOIRE* du/des responsable(s) ou de l'élève majeur(e) :

Père

Mère

Elève



Fiche aménagement

à compléter obligatoirement même si votre enfant n'a aucun aménagement

Afin d'anticiper au mieux les **besoins d'accompagnement** de votre enfant, merci de bien vouloir joindre au dossier d'inscription ce formulaire complété et signé, accompagné des documents demandés.

Nom de l'étudiant(e)

Prénom de l'étudiant(e)

Date de naissance

est admis(e) en classe de BTS pour la rentrée 2025

classe 2024-2025.....

nom de l'établissement 2024-2025

COCHEZ CI-DESSOUS

Je ne bénéficie d'aucun aménagement en 2024-2025 et je ne demande aucun aménagement pour la rentrée 2025.

Je bénéficie d'un ou plusieurs aménagement(s) (PAI, PAP, GEVASCO ou PPS) pour l'année 2024-2025 et je demande la mise en place d'un PAEH (Plan d'Accompagnement de l'Etudiant en situation de Handicap) > **Compléter le formulaire PAEH et joindre une copie du/des aménagements 2024-2025 + copie de l'aménagement du baccalauréat**

Je ne bénéficie d'aucun aménagement en 2024-2025 mais sollicite une mise en place d'un PAEH (Plan d'Accompagnement de l'Etudiant en situation de Handicap) en 2025-2026. **Compléter le formulaire PAEH et joindre un document justificatif (bilan orthophonique, psychologique, certificat médical...)**

Date :

Signature **OBLIGATOIRE** du/des responsable(s) si l'étudiant(e) est mineur(s)

ou de l'étudiant(e) majeur(e) :

Père

Mère

Etudiant(e)

PAEH Plan d'Accompagnement de l'Étudiant en situation de Handicap

La circulaire du 10 juillet 2024 relative aux droits des étudiants en situation de handicap ou avec un trouble de santé invalidant dans le cadre de leur parcours de formation dans l'enseignement supérieur précise :

"Au sein des établissements du secondaire, les étudiants en situation de handicap inscrits dans une formation de l'enseignement supérieur et ne bénéficiant pas d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) peuvent bénéficier d'un PAEH afin de formaliser les aménagements de formations et d'études répondant à leurs besoins. Le PAEH permet la continuité du plan d'accompagnement personnalisé (PAP) ou du projet d'accueil individualisé (PAI) dont ils bénéficiaient dans le secondaire. Le PAEH prend la forme souhaitée par l'établissement du secondaire. »

Données générales

Identification

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Dossier MDPH

oui

non

Département :

Aides obtenues (PCH, AAH, RQTH avec date de validité :

Parcours de formation

Baccalauréat ou équivalent

Année d'obtention :

Série :

Etablissement :

Aménagement mis en place (PPS, PAP, PAI...) :

Matériel pédagogique mis à disposition

Pour la scolarité :

Pour la passation des examens :

Parcours de formation dans l'enseignement supérieur

Historique

Année :

Etablissement :

Type de formation :

Niveau (L1, L2...) :

Validation (année semestre, ECTS...) :

Aménagements ou aides mis en place :

Suivi des enseignements :

Passation des examens :

Matériel pédagogique mis à disposition :

Accompagnement externe par un service / établissement (médico-social ou sanitaire...) :

Observations :

Formation année en cours : BTS

Formation : Initiale Alternance

Période à l'étranger : oui non

Si oui, dans quel pays :

Nom et coordonnées du (des) référent (s) (pédagogique, « handicap », administratif...) :

Madame Camille BESCOND

Responsable Vie Scolaire chargée de missions diverses

camille.bescond@clotilde.org

L'étudiant exerce-t-il une activité hors formation (activité salariée, sport...) : oui non

Si oui : quelle activité ?

Autres observations :

Date et lieu :

Nom et prénom de l'étudiant majeur

Chef d'établissement

ou du représentant légal si l'étudiant est mineur

GILLES POIRIEZ