

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

## DOSSIER MEDICAL

**Dossier confidentiel**

**NOM ETUDIANT(E)** ..... **PRÉNOM ÉTUDIANT(E)** .....

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

Numéro Sécurité Sociale de l'étudiant : .....

Classe BTS rentrée 2026 - filière à préciser : ..... Régime Externe  Demi-pensionnaire  Interne

Etablissement 2025-26 : ..... Classe 2025-26 .....

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

Adresse : .....

### COORDONNÉES au 1<sup>er</sup> septembre 2026

|          | <i>Etudiant(e)</i>     | <i>Responsable légal principal</i> | <i>Autre personne à contacter</i> |
|----------|------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Nom      | .....                  | .....                              | .....                             |
| Prénom   | .....                  | .....                              | .....                             |
| Portable | .. / .. / .. / .. / .. | .. / .. / .. / .. / ..             | .. / .. / .. / .. / ..            |
| Adresse  | .....                  | .....                              | .....                             |
| CP Ville | .....                  | .....                              | .....                             |
| E-mail   | .....@.....            | .....@.....                        | .....@.....                       |

### ANTÉCÉDENTS DE L'ÉTUDIANT(E)

- Asthme
- Troubles de la coagulation
- Diabète
- Epilepsie
- Autre(s) problème(s) de santé  Le(s)quel(s) : .....
- Allergie(s) : Médicament(s)  Le(s)quel(s) : .....
- Alimentaire  Le(s)quel(s) : .....
- Autre(s)  Le(s)quel(s) : .....





|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| Nom : .....    | Classe rentrée 2026 ..... |
| Prénom : ..... | Date de Naissance : ..... |

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

**COORDONNÉES COMPLÈTES au 1<sup>er</sup> septembre 2026**

|                                    | ETUDIANT(E) | Responsable légal principal | Autre personne à contacter |
|------------------------------------|-------------|-----------------------------|----------------------------|
| <i>Nom et Prénom</i>               |             |                             |                            |
| Adresse                            |             |                             |                            |
| Code postal et ville               |             |                             |                            |
| Profession                         |             |                             |                            |
| N° de téléphone portable           |             |                             |                            |
| N° de téléphone du travail         |             |                             |                            |
| Adresse mail<br><i>obligatoire</i> |             |                             |                            |

- **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, spafon, 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.

➤ **PAEH pour l'année scolaire 2026-2027**

**OUI / NON (entourez votre réponse)**

**URGENCE** : un étudiant 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 étudiant 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) si l'étudiant(e) est mineur(s)  
ou de l'étudiant(e) majeur(e) :**

Père

Mère

Etudiant(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 : [infirmierie@clotilde.org](mailto:infirmierie@clotilde.org)**

## 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 2026

nom de l'établissement 2025-2026 ..... classe 2025-2026.....

### COCHEZ CI-DESSOUS

- Je ne bénéficie d'aucun aménagement en 2025-2026 et je ne demande aucun aménagement pour la rentrée 2026.
- Je bénéficie d'un ou plusieurs aménagement(s) (PAI, PAP, GEVASCO ou PPS) pour l'année 2025-2026 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 2025-2026 + copie de l'aménagement du baccalauréat**
- Je ne bénéficie d'aucun aménagement en 2025-2026 mais sollicite une mise en place d'un PAEH (Plan d'Accompagnement de l'Etudiant en situation de Handicap) en 2026-2027. **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 :

Série :

Année d'obtention :

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

[rvsmt@clotilde.org](mailto:rvsmt@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

ou du représentant légal si l'étudiant est mineur

Chef d'établissement

GILLES POIRIEZ

