

DOSSIER MEDICAL

Bachelor et Mastère

DOCUMENT CONFIDENTIEL

à mettre sous plis à l'attention de l'infirmière

NOM ETUDIANT.E **PRENOM ETUDIANT.E**

Sexe : M ☐ F ☐ Date de naissance / / Nationalité
(jour / mois / année)

Portable : / / / / Mail@.....

Adresse :

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

Nom du médecin traitant : Dr. Tél :

Adresse :

Classe 2025/2026 : Etablissement 2025/2026 :

RENTREE 2026 : 1^{ère} Inscription dans notre établissement Réinscription dans notre établissement

Dans quelle formation serez-vous inscrit à la rentrée 2026 :

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Vous pouvez indiquer une ou deux personnes de confiance. Ces informations sont facultatives

	Contact 1	Contact 2 (optionnel)
Nom/ Prénom		
Numéro de Portable	.. / .. / .. / .. / ..	.. / .. / .. / .. / ..
Adresse		
E-mail	@.....	@.....
Lien avec l'étudiant.e		

ANTECEDENTS MEDICAUX

Merci d'indiquer les éléments médicaux utiles en cas d'urgence ou de prise en charge sur le campus

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) :

Avez-vous un traitement quotidien ? non ☐ oui ☐ Le(s)quel(s) :

Avez-vous un traitement d'urgence ? non ☐ oui ☐ Le(s)quel(s) :

Êtes-vous 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 :
.....

AMENAGEMENTS ET DISPOSITIFS SPECIFIQUES

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance **RQTH** : oui ☐ non ☐

Bénéficiez-vous d'un **PAEH** (*Plan d'Accompagnement de l'Étudiant en situation de Handicap*) : oui ☐ non ☐

Dispositifs mis en place précédemment (PPS, PAP, PAI, ...) :

AUCUN MEDICAMENT NE PEUT ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE VALIDE OU PROTOCOLE PREVU DANS LE CADRE DU PAEH.

Signature OBLIGATOIRE de l'étudiant(e) majeur(e) :

Je certifie l'exactitude des informations fournies.

Fait à :

Date :

Signature :

Fiche aménagement

à compléter **obligatoirement** même si vous n'avez aucun aménagement

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

Nom de l'étudiant(e)

Prénom de l'étudiant(e)

Date de naissance

RENTREE 2026 : ☐ 1^{ère} Inscription dans notre établissement ☐ Réinscription dans notre établissement

est admis(e) en classe de **Bachelor/Mastère** pour la rentrée 2026

Classe année scolaire précédente (2025-2026) :

Nom de l'établissement année scolaire précédente (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** de l'étudiant(e) majeur(e) :



PAEH Plan d'Accompagnement de l'Etudiant 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** ☐ **BACHELOR** ☐ **MASTERE**

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(e) majeur(e)

Chef d'établissement

GILLES POIRIEZ

Signature

FICHE D'URGENCE

Année Scolaire 2026 /2027

Bachelor et Mastère

Mission de Promotion de la
Santé en Faveur des Elèves

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL

 à remplir à chaque début d'année scolaire.

Réf. : B.O. Hors série N°1 du 6 janvier 2000

Nom : Date de Naissance:

Prénom : Classe rentrée 2026 :

STATUT : SCOLAIRE ☐ APPRENTI.E ☐

PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

(Optionnel – vous pouvez indiquer une ou deux personnes de confiance)

	<i>Contact 1</i>	<i>Contact 2 (optionnel)</i>
Nom/ Prénom		
<i>Numéro de Portable</i>	. . / . . / . . / . . / . .	. . / . . / . . / . . / . .
<i>Adresse</i>		
<i>E-mail</i>	@.....	@.....
<i>Lien avec l'étudiant.e</i>		

- **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.

.....

.....

.....
- **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.

- NOM, adresse et n° de téléphone du **médecin traitant** :

.....
.....

Fait à , le



Signature **OBLIGATOIRE** de l'étudiant(e) majeur(e) :

Il est souhaitable de signaler toute modification de votre état de santé au cours de l'année scolaire à l'infirmier-ère scolaire

Mail : infirmierie@clotilde.org