

FICHE MÉDICALE CONFIDENTIELLE

À remplir obligatoirement pour les élèves mineur.es ET majeur.es

NOM : Prénom :

Date de naissance : Classe

L'élève a-t-il/elle présenté ou présente-t-il/elle :

- Des troubles visuels : OUI ☐ NON ☐
- Des troubles auditifs : OUI ☐ NON ☐
- Des difficultés à respirer : OUI ☐ NON ☐
- Des allergies : OUI ☐ NON ☐
- Des malaises : OUI ☐ NON ☐
- Des crises convulsives : OUI ☐ NON ☐
- Des problèmes cardiaques : OUI ☐ NON ☐
- Un diabète insulino-dépendant : OUI ☐ NON ☐
- Des problèmes ostéo-articulaires (dos, genoux) : OUI ☐ NON ☐
- Des séquelles d'accident : OUI ☐ NON ☐
- Prenez-vous ou prend-il/elle des médicaments de façon régulière :
OUI ☐ NON ☐ Si oui, lesquels ?
- Avez-vous ou a-t-il/elle un suivi régulier par un spécialiste :
OUI ☐ NON ☐ Si oui, lequel ?
- Êtes-vous ou est-il/elle nerveux.se, agité.e ? : OUI ☐ NON ☐

Filière professionnelle : Fournir une photocopie des pages de vaccinations

Pour les élèves mineur.es :

Votre enfant mineur.e doit obtenir une autorisation de l'inspecteur du travail pour effectuer des travaux interdits aux mineur.es, selon les articles D4153-41 et D4153-46 du code du travail. Cette autorisation est soumise à un avis médical ; le médecin de l'Éducation Nationale va le recevoir en visite médicale pour donner cet avis sur son aptitude à effectuer ces travaux réglementés.

Si le dossier est incomplet, ou si votre enfant ne se présente pas à la visite médicale, le médecin ne pourra pas donner son avis pour la pratique nécessaire des travaux liés à son cursus.

Fait à : Le : . Nom des responsables (vaut signature) :

Plier
ici

LYCÉE RASPAIL – DOSSIER MÉDICAL

À remettre à l'infirmerie sous enveloppe cachetée.

NOM :

PRÉNOM

Classe :

Né.e le : à

Nationalité :

Nombre de sœurs : et frères :

Coordonnées de l'élève :

Adresse de l'élève :

Code postal : Ville :

☎ Fixe : ☎ Portable :

Adresse mail :

Numéro de Sécurité Sociale de l'élève (fournir l'attestation d'affiliation à la sécurité sociale) :

Responsable légal.e 1 : NOM Prénom

Lien avec l'élève : Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Fixe ☎ Portable :

Adresse mail :

Responsable légal.e 2 : NOM Prénom

Lien avec l'élève : Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ Fixe ☎ Portable :

Adresse mail :

Photo
obligatoire

QUESTIONNAIRE MÉDICAL DE L'ÉLÈVE

Renseignements médicaux (maladies graves, interventions chirurgicales, allergies, traitements en cours...) :

Coordonnées du médecin traitant :

L'année précédente, l'élève bénéficiait-il d'un : ☐ PAI ☐ PS ☐ PAP

Si oui, fournir une copie du document

L'élève est-il inapte à la pratique de l'Éducation physique et sportive ? Oui / Non
Si oui, pourquoi ? ☐ Oui ☐ Non

(Pour toute inaptitude supérieure à 3 mois, apporter le certificat médical à l'infirmerie)

Autres informations que vous souhaitez nous communiquer :

Je soussigné.e,

Représentant.e légal.e de

☐ Autorise l'administration de l'établissement à prendre, le cas échéant, toute mesure utile pour une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

☐ Note qu'aucun.e élève mineur ne pourra être libéré.e pendant les heures scolaires, par l'intermédiaire du SERVICE MÉDICAL, sans que l'un.e des responsables légaux n'ait donné son accord préalablement, par écrit ou par téléphone, s'il ne peut venir la ou le chercher.

DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER MÉDICAL SCOLAIRE

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, stipule que la transmission de données médicales d'un.e médecin à un.e autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du patient ou de la votre enfant qui le suivra durant tout son cursus scolaire est soumis à ce principe. Nous vous demandons de bien vouloir compléter et signer ce document qui sera communiqué à la ou au médecin référent.e de l'établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu'il puisse demander la transmission du dossier à la ou au médecin référent.e de l'ancien établissement.

Date de la demande :

Nom de l'élève Prénom(s) :

Né.e le : à :

Établissement où est inscrit.e l'élève

Établissement d'où vient l'élève

LYCÉE TECHNIQUE RASPAIL
5 Bis, avenue Maurice d'Ocagne
BP 175
75014 PARIS
Tél : 01 40 32 73 30



Nom :

Adresse :

Ville :

CP : Pays :

Classe l'an passé :

Classe :

Je soussigné.e

autorise le transfert du dossier médical scolaire au service médical du lycée Raspail.

Apposez votre nom comme Signature :

À remplir par le service médical :

Date de la réponse :

Dossier complet / Dossier incomplet / Dossier non retrouvé

En retour : ☐ Élève non-inscrit.e à l'établissement indiqué.

☐ Autre raison de non-envoi :