

NOM Prénom de l'apprenant : .....Classe : .....

## FICHE MÉDICALE

**Dans l'intérêt de votre enfant, il est important que cette fiche soit parfaitement complétée**  
**Pour information, l'ISETA n'est pas autorisé à délivrer un médicament à votre enfant (quel qu'il soit).**

- Votre enfant rencontre-t-il des problèmes particuliers (allergie, régime, hyperactivité, ...)?  
 oui  non si oui, lequel : .....
- Votre enfant est-il soumis à une prise de médicaments quotidienne ?  
 oui  non si oui, lequel : .....

**Si vous avez répondu oui à au moins une des deux questions, mise en place d'un PAI obligatoire** (*Projet d'Accueil Individualisé*)  
Merci de prendre RDV avec le responsable de site

- Votre enfant rencontre-t-il des difficultés liées aux apprentissages (dyslexie, dyscalculie, ... ) ?  
 oui  non si oui, lesquelles : .....
- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAP (*plan d'accompagnement personnalisé*) ? *Si oui joindre une copie*  
 oui  non
- Votre enfant est-il suivi par la MDPH (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*)?  
 oui  non
- Si oui, a-t-il des notifications spécifiques (ULIS, AVS, reconnaissance RQTH, ordinateur, transport, ...) ? *Joindre les notifications.*
- Votre enfant bénéficie-t'il d'un GEVASCO ? *Si oui joindre une copie de la notification.*  
 oui  non
- A-t-il déjà bénéficié d'un aménagement d'épreuves ? *Si oui joindre une copie de la notification.*  
 oui  non
- Souhaitez-vous déposer une demande auprès de la MDPH pour l'aménagement des épreuves d'examens ?  
 oui  non
- Un/une AVS intervient-elle actuellement auprès de votre enfant ?  
 oui  non
- Si oui, souhaitez-vous qu'il continue à en bénéficier ?  
 oui  non

**Merci d'annexer les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant.**

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné,

M. Mme (nom et prénom) : .....

Responsable légal de : .....

apprenant à l'ISETA autorise l'établissement à faire pratiquer à mon fils (ma fille) tous les soins ou interventions chirurgicales que nécessiterait son état en cas de maladie ou d'accident.

Fait à ..... le ..... Signature

L'Etablissement s'engage à contacter le plus rapidement possible la famille. Cette autorisation est étendue aux périodes de stage obligatoire.

