

NOM Prénom de l'apprenti(e) : Classe :

FICHE MÉDICALE

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

- Rencontrez-vous des problèmes particuliers (allergie, régime, hyperactivité,...) ou toute autre maladie invalidante ?

oui non si oui, lequel

- Etes-vous 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

- Rencontrez-vous des difficultés liées aux apprentissages (dys....., TDA/H, TSA...) ?

oui non si oui, lesquelles :

- Bénéficiez-vous d'un PAP (*plan d'accompagnement personnalisé*) ? *Si oui joindre une copie*

oui non

- Etes-vous suivi par la MDPH (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*)

oui non

- Si oui, avez-vous des notifications spécifiques (ULIS, AVS, reconnaissance RQTH, ordinateur, transport,...) ? *Joindre les notifications.*

- Bénéficiez-vous d'un GEVASCO ou d'un PPS ? *Si oui joindre une copie de la notification.*

oui non

- Avez-vous déjà bénéficié d'un aménagement d'épreuves ? *Si oui joindre une copie de la notification.*

oui non

- Souhaitez-vous déposer une nouvelle demande d'aménagement d'épreuves pour le nouveau diplôme préparé ?

oui non

- Un/une AVS intervient-elle actuellement auprès de vous ?

oui non

- Si oui, souhaitez-vous continuer à en bénéficier dans la mesure du possible?

oui non

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

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné (e),

M. Mme (nom et prénom) :

apprenant à l'ISETA autorise l'établissement à faire pratiquer sur moi-même tous les soins ou interventions chirurgicales que nécessiterait mon état en cas de maladie ou d'accident.

Fait à le Signature

Cette autorisation est étendue aux périodes de stage obligatoire.