

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 du carnet de santé de votre enfant.**

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e),

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.*