

# FICHE SANTE - classe de BTS

Fiche remplie le :

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

à .....

Nationalité : .....

N° de sécurité sociale : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone en cas d'urgence :

Domicile : .....

Nom, Prénom du père : .....

Travail du père : ..... portable .....

Nom, Prénom de la mère : .....

Travail de la mère : ..... portable .....

Autre personne ..... portable .....

Nombre de frère(s) et sœur(s) et âges : .....

.....

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles,  
vous pouvez joindre :

**Claire CHAFFARDON**  
(classes d'enseignement général, MLDS et UPE2A)

**Mariannick GRIVAZ**  
(classes d'enseignement professionnel, technologique et BTS)

**Par tél : 04 50 43 93 20**  
**Par courrier : sous enveloppe fermée.**

LYCEE DES GLIERES  
2A avenue de Verdun  
B.P 527  
74107 Annemasse Cedex  
Tél : 04.50.43.93.20

# Renseignements Divers

**Merci de donner tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'infirmière scolaire.**

Je soussigné(e) Nom, Prénom : .....

.....  
déclare avoir pris connaissance, qu'en cas d'urgence, il sera fait appel au SAMU (15) et que le médecin régulateur des urgences décidera des mesures les plus appropriées à mon état.

## Vaccinations

Une vaccination antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélique complète est exigée pour l'admission. S'il y a une contre-indication, fournir un certificat médical.

### **Joindre la copie du carnet de vaccination**

(bien penser à noter votre nom sur les copies)

**Vaccins obligatoires** : DT Polio.

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....

.....  
.....

Etablissement d'origine : .....

.....

**Référent handicap** : Jean-Philippe VAGLIO.

Vous pouvez le joindre par mail : [jean-philippe.vaglio@ac-grenoble.fr](mailto:jean-philippe.vaglio@ac-grenoble.fr)

Groupe sanguin (s'il est connu) : .....

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? .....

Si oui, laquelle ? .....

Avez-vous eu ces maladies ?

Oreillons ..... Hépatite .....

Rubéole ..... Varicelle .....

Rougeole ..... Scarlatine .....

Avez-vous des allergies ? ..... Si oui, à quoi ? .....

.....

Avez-vous bénéficié d'un PAI (protocole d'accueil individualisé) ? .....

*Si oui joindre le document*

Avez-vous bénéficié d'autres aménagements ? PAP PPS

Donner tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'infirmière (asthme, convulsions, épilepsie, diabète, malaises, troubles nerveux, troubles cardiaques, traitement en cours, séquelles d'accidents,...) :

.....

.....

.....