

**Dossier de candidature à l'Internat d'Excellence du
Lycée Public Polyvalent RENAUDEAU / LA MODE**

Année Scolaire 2024-2025

ANNEXE 3 : Fiche médicale

À renseigner par l'infirmier(ère) scolaire ou le médecin traitant
et à joindre au dossier sous pli confidentiel à l'attention du médecin CT

ÉLÈVE

Nom :

Prénom :

INE :

Né(e) le :

à :

Avis concernant la demande d'internat :

COORDONNÉES DE LA FAMILLE

Adresse du père :

Tél :

Mail :

Adresse de la mère :

Tél :

Mail :

Adresse du représentant légal (joindre le justificatif le cas échéant) :

Tél :

Mail :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX DE L'ÉLÈVE

Hospitalisations antérieures :

Vaccins à jour :

DÉFICIENCE SENSORIELLE

Vue : OUI NON *Si oui, préciser :*

Audition : OUI NON *Si oui, préciser :*

RÉGIME ALIMENTAIRE - ALLERGIES

Régime alimentaire / Allergies : OUI NON *Si oui, préciser :*

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Pathologie connue (PAI, PAP) : OUI NON *Si oui, préciser :*

Traitement en cours : OUI NON *Si oui, préciser :*

Soins ou traitement nocturne : OUI NON *Si oui, préciser :*

Suivis médicaux ou paramédicaux : OUI NON *Si oui, préciser (coordonnées, fréquence) :*

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT et/ou DU SPÉCIALISTE

Nom :

Tél :

Adresse :

SUIVI SPÉCIALISÉ

L'élève est-il suivi par un service spécialisé : OUI NON *Si oui, préciser les coordonnées :*

AUTONOMIE

Qualité du sommeil :

Moyen de transport :

L'élève peut-il prendre seul les transports en commun ? : OUI NON

Relations avec autrui (troubles du comportement) : OUI NON

Incontinence ? OUI NON *Si oui, préciser :*

Énurésie primaire : OUI NON

Énurésie secondaire : OUI NON

ACTIVITÉS EXTRA-SCOLAIRES

Activités extra-scolaires :

Sorties :

Consommation d'écrans :

AUTRES OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E) / MÉDECIN

AVIS DU MÉDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE / MÉDECIN TRAITANT

Nom du signataire et qualité :

Fait à :

le :

Signature :

