**☝** (Si vous le souhaitez, vous pouvez transmettre **des informations confidentielles sous enveloppe fermée**)

**2022/2023**

Nom :....................................................Prénom :...............................

Date de naissance : ……………………………Future classe :. BTS 2EME ANNEE………..

N°portable de l'élève :....................… N° tél domicile : ..................................

N°portable père : ........................ ....… N°portable mère : ...........................

N° professionnel et poste des parents : ......................……/………………………………...

N° d'une personne susceptible de vous prévenir ................................................…

* Votre enfant est-il atteint d'une des maladies suivantes ? (**cocher uniquement si OUI**)
* affection respiratoire, cardiaque ou rénale
* allergies (préciser : …………………………………)
* asthme
* diabète
* épilepsie
* hémophilie
* maladie de Crohn
* Autres : préciser .................................
* Votre enfant bénéficiait-il l'année précédente d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) ? 🞎 OUI - 🞎 NON
* Votre enfant est-il porteur d'un **handicap** ? OUI – NON **Lequel**? …………………………………………………...
* Est-il reconnu par la **MDPH** ? (Maison Départementale Personnes Handicapées) 🞎 OUI - 🞎 NON

Une demande à la MDPH est-elle en cours ? 🞎 OUI - 🞎 NON

* Votre enfant est-il suivi en **consultation spécialisée** ? 🞎 OUI - 🞎 NON si oui, lesquelles

(ex.: psychothérapie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, orthophonie....)

Nom et adresse du professionnel qui assure le suivi : ………………………………………………………………………..

* Votre enfant présente-t-il un **trouble des apprentissages** ? 🞎 OUI - 🞎 NON

Si oui, précisez : …………………………………………………………………………………………………………….

Cette information peut-elle être transmise à l'équipe pédagogique ? 🞎 OUI - 🞎 NON

***Si vous souhaitez des aménagements pédagogiques pour ce trouble des apprentissages, en faire la demande auprès de la direction.***

* Votre enfant bénéficiait-il l'année précédente d'un **PAP** (Plan d'Accompagnement Personnalisé) ? 🞎 OUI - 🞎 NON
* Prend-il un **traitement** médical **régulièrement** ? 🞎 OUI – 🞎 NON si oui, lequel …………………………………....
* A-t-il subi une **intervention chirurgicale** ? 🞎 OUI - 🞎 NON

Si oui, laquelle ? et quelle année ?............................................................................................................

* **Médecin traitant** : nom et n° de téléphone.....................................................................................................

**Vaccinations** : N'oubliez pas **de joindre la photocopie** du carnet de vaccination pour les diphtérie, tétanos polio, **lors de la 1ère inscription dans l'établissement**.

**Les médicaments doivent être déposés à l'infirmerie avec la photocopie de l'ordonnance.**

**En l'absence de l'infirmière, un(e) CPE pourra les donner.**

🞎 OUI - 🞎NON