



RÉGION ACADÉMIQUE  
PAYS DE LA LOIRE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



Dossier de candidature à l'internat d'excellence du  
Collège Henri Lefevre - ARNAGE

Annexe 3 fiche **SANTÉ**

**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**

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

Hospitalisation antérieure :

Vaccins à jour :

## DÉFICIENCE SENSORIELLE

Vue :

Audition :

Si oui, appareillage et lequel ? :

## RÉGIME ALIMENTAIRE - ALLERGIES

Si oui préciser :

## PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTHIQUE

Pathologie connue (PAI, PAP)

Traitement en cours :

Soins ou traitement nocturne ?

Si oui préciser :

Suivis médicaux ou paramédicaux :

Si oui, préciser (coordonnées, fréquence) :



## COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT ET/OU DU SPÉCIALISTE

NOM :

Tél. :

Adresse :

## L'ÉLÈVE EST-IL SUIVI PAR UN SERVICE SPÉCIALISÉ ?

Si oui, coordonnées du service spécialisé :

## AUTONOMIE

Qualité du sommeil :

Moyen de transport :

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

Relations avec autrui (troubles du comportement) :

Incontinence ?

Si oui :

Énurésie primaire ?

Énurésie secondaire ?

## ACTIVITÉS EXTRA SCOLAIRES

Activités extra scolaires

Sorties :

Consommation écrans :



**AUTRES OBSERVATIONS DE L'INFIRMIER(E)/MÉDECIN**

**AVIS DU MÉDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE/MÉDECIN TRAITANT**

Nom de l'infirmier(e) scolaire :

Signature :

Nom du médecin scolaire :

Signature :

Le

Cachet:

