

DOSSIER MEDICAL 2024/2025

Nom : -----

Prénom : -----

Né(e) le : ----- à ----- département -----

Classe : -----

@Mail Mère : -----

@Mail Père : -----

Responsable légal -----

Portable élève : -----

Régime : ☐ interne ☐ $\frac{1}{2}$ pensionnaire ☐ externe

Classe année précédente -----

L'élève a-t-il bénéficié l'année précédente :

Un **PAP** (Projet d'accueil personnalisé) Non ☐ Oui ☐

Reconnaissance MDPH Mise en place d'un **PPS** et **ESS** Non ☐ Oui ☐

Mise en place d'une **AVS** Non ☐ Oui ☐

Un aménagement d'épreuves aux examens Non ☐ Oui ☐

Allergie ☐ non ☐ oui

Régime alimentaire particulier -----

L'élève bénéficie d'un **PAI** (Protocole Accueil Individuel) ☐ non ☐ oui

Pour la rentrée scolaire impérativement nous fournir le **PAI** rempli par votre médecin avec l'ordonnance et le traitement dans un pilulier le remettre à l'infirmière

Vous pouvez joindre l'infirmière pour tous renseignements ou documents à transmettre :

Carole.deslandes@educagri.fr ou Téléphone : 01/ 30/87/18/27