

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE - ACADÉMIE DE LILLE

LYCÉE DES METIERS DE L'AUTOMOBILE ALFRED MONGY

129, rue de la Briqueterie - 59700 Marcq en Baroeul

Tél. : 03.20.72.26.85 - Fax : 03.20.89.81.19

<http://lyceealfredmongy.fr/>

► Aménagements pédagogiques

NOM, PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

CLASSE :

Votre enfant :

A-t-il déjà bénéficié d'un **PAI (Projet d'Accueil Individualisé)** ? oui non

A-t-il déjà bénéficié d'un **PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)** ? oui non

A-t-il déjà bénéficié d'un **PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation)** ? oui non

A-t-il déjà bénéficié d'un aménagement d'examens (**tiers-temps**) ? oui non

A-t-il un dossier **MDPH** en cours ? oui non

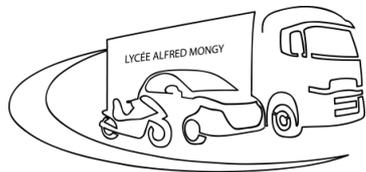
A-t-il un accompagnement par une **AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire)** ? oui non

Si vous avez coché oui, merci de nous **transmettre une photocopie du document** pour la continuité de la scolarité (sous enveloppe fermée - l'attention du service médical).

Si nécessaire, le service de santé de l'établissement est à votre disposition. Il peut vous aider à mettre en place un projet personnalisé de scolarité (PPS), un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) ou un projet d'accueil individualisé (PAI)

Service infirmier :
Mme Barthe Mélanie
03.20.72.57.55
melanie.barthe@ac-lille.fr

DATE..... SIGNATURE.....



FICHE INFIRMERIE* 2021/2022

IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : _____ sexe (M ou F) _____
Prénoms : _____ N° portable: _____
Né(e) le : _____ à _____ Nationalité : _____

SCOLARITE POUR L'ANNEE 2021-2022

Formation ou classe : _____
Régime : demi pensionnaire interne - date d'entrée : _____

SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE (2020-2021)

Nom de l'établissement : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Commune : _____

REPRESENTANT LEGAL A CONTACTER EN PRIORITE

NOM : _____ Prénom : _____ profession : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ commune : _____
Domicile : _____ travail : _____ portable : _____

REPRESENTANT LEGAL

NOM : _____ Prénom : _____ profession : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ commune : _____
Domicile : _____ travail : _____ portable : _____

AUTRE PERSONNE A CONTACTER

NOM : _____ Prénoms : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ commune : _____
Domicile : _____ travail : _____ portable : _____

AUTRES RENSEIGNEMENTS

N° d'Immatriculation Sécurité Sociale et adresse du centre
du jeune : _____
du responsable légal : _____
N° et adresse de l'assurance scolaire _____

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Date du dernier rappel antitétanique : _____
Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) : _____

Coordonnées du médecin traitant : Nom du médecin _____
Adresse : _____
Code postal : _____ commune : _____ tél. _____

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

