

**Dossier de candidature à l'Internat d'Excellence du**

**Lycée Polyvalent Adeline Boutain**

**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 et cachet :