

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

- ☐ Mineur
☐ Majeur

Régime :

- ☐ Interne
☐ Demi-pensionnaire
☐ Externe

Lieu de résidence :

- ☐ Chez ses responsables légaux
☐ A son propre domicile
☐ Chez une famille d'accueil
☐ En foyer

DOSSIER SANTÉ

Nous vous invitons à remplir ce dossier avec la plus grande attention ; il sera conservé tout au long de la scolarité de votre enfant dans l'établissement. En cas de nécessité de soins, cela peut vous éviter d'avoir à avancer les frais médicaux et nous permettra d'agir plus rapidement en cas d'urgence.

Merci de joindre obligatoirement :

- ☐ Le certificat médical joint au dossier
☐ Une copie du carnet de vaccination (à jour)
☐ fiche d'urgence

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un **PAI** :
(si oui, joindre la copie)

☐ Oui

☐ Non

Le projet d'accueil individualisé (PAI) est un document écrit qui précise les adaptations à apporter à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité (crèche, école, collège, lycée, centre de loisirs).

Il concerne les enfants et adolescents atteints de troubles de la santé comme, par exemple, une pathologie chronique (asthme, diabète), une allergie.

FICHE DE SANTÉ

■ Antécédents médicaux : _____

■ Antécédents chirurgicaux : _____

■ Allergies : _____

■ Traitements : _____

(joindre une copie récente de l'ordonnance et un double du traitement qui sera conservé à l'infirmerie)

■ Régime alimentaire spécifique : ☐ Non ☐ Oui : précisez _____

■ Déficience (visuelle, auditive ...) : ☐ Non ☐ Oui : précisez _____

■ Trouble des apprentissages : ☐ Dyslexie ☐ Dyspraxie ☐ Dysorthographe ☐ Dyscalculie ☐ Dysgraphie
☐ Autre : précisez _____

FAIRE PARVENIR LE BILAN ORTHOPHONIQUE A L'INFIRMIERE AU 30 NOVEMBRE DERNIER DELAI

■ Suivi orthophonique : ☐ Non ☐ Oui : précisez _____

■ Suivi psychologique : ☐ Non ☐ Oui : précisez _____

■ Suivi éducatif ou social : ☐ Non ☐ Oui : précisez Organisme : _____
Réfèrent : _____ Tel : _____

■ Maladie en cours : ☐ Non ☐ Oui : précisez _____

Je soussigné _____ responsable légal de _____
atteste l'exactitude des renseignements fournis.

A _____, le _____

Signature :

AMENAGEMENT DE SCOLARITE (Plan d'Accompagnement Personnalisé) EN CAS DE HANDICAP

Votre enfant, scolarisé au LEGTA le Chesnoy, passe un examen au cours de sa formation. Qu'il s'agisse du DNB, de la certification BEPA, du Bac Professionnel, du Bac Technologique ou Générale, du BTSA, toute personne présentant un handicap et candidate à un examen, peut déposer une demande d'aménagement des épreuves de cet examen.

ATTENTION : Les candidats présentant une limitation d'activité (aussi appelée dispense) n'entrent pas dans le champ du handicap tel que défini ci-dessus.

Les dispositions relatives à l'aménagement des épreuves portent sur :

- les **conditions matérielles** de déroulement des épreuves, accessibilité des locaux, installations matérielles des salles et lieux de passage des épreuves, utilisation d'aides techniques et humaines, temps majoré,

L'aménagement des épreuves ne peut pas porter sur la structure de l'examen. Toute éventuelle adaptation du sujet, des objectifs ou des contenus des épreuves doit être décidée par l'autorité académique au regard de la notification établie par la MDPH (Maison Départementale Pour le Handicap).

Il faut souligner que l'aménagement d'épreuves ne remet pas en cause les principes fondamentaux :

- de la scolarité : les candidats ont l'obligation de complétude de la formation, y compris la formation en milieu professionnel ;
- de l'égalité de traitement : les délibérations sont préparées de telle sorte que le président ou président adjoint de jury peut être informé des aménagements de certaines épreuves tout en conservant confidentiels l'identité du candidat et la nature du handicap.

PROCEDURE : le candidat sollicitant un aménagement des conditions d'examen doit se faire connaître **dès le mois de septembre auprès de l'établissement** (voir avec l'Infirmière).

DEMANDE D'AMENAGEMENT DE SCOLARITE

Je soussigné _____, responsable légal,

- envisage d'établir un **dossier d'aménagement** ☐ Oui ☐ Non
- bénéficie t-il déjà d'un **PAP** (collège ou lycée) que le **bilan orthophonique** ☐ Oui ☐ Non (si oui, merci de joindre une copie ainsi)

NOM de l'élève : _____ Prénom : _____

Type de handicap : _____

Je déclare avoir pris connaissance des modalités de demande d'aménagement de scolarité en cas de handicap.

A _____, le _____

Signature :