

Dans certains cas particuliers, les médicaments ou trousse de secours (si allergie par exemple) doivent être déposés au bureau de la vie scolaire avec une ordonnance ou un protocole.

En cas de maladie, de situation d'handicap ou de troubles des apprentissages, votre enfant bénéficie-t-il d'un :

- Protocole d'urgence ? Si oui, pourquoi ? _____
- Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? Si oui, pourquoi ? _____
- Plan d'Aménagement Personnalisé (PAP) ? Si oui, pourquoi ? _____
- Une notification MDPH ? Si oui, pourquoi ? _____
- Projet Personnalisé de scolarité (PPS) ? Si oui, pourquoi ? _____
- D'un(e) AVS ? Si oui, pourquoi ? _____
- D'une dispense totale ou partielle en EPS ? Si oui, pourquoi ? _____
- Autre/complément :

Si oui, merci de préciser la raison et fournir une photocopie du document signé (PAI, PPS, PAP...)

Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un aménagement aux épreuves d'examens (DNB, CAP, épreuves anticipées du Baccalauréat, Baccalauréat...) ?

Si oui, merci de fournir une photocopie de l'avis de la DEXACO (Division des Examens du Rectorat). Ceci est TRES IMPORTANT pour poursuivre ou mettre en place les aménagements au plus tôt.

AUTORISATION D'INTERVENTION D'URGENCE

Madame, Monsieur (NOM et Prénom) _____

responsable(s) légal/légaux de (NOM et Prénom de l'élève) _____

autorise/autorisons le lycée, en cas d'accident ou de maladie grave, à faire appel à un médecin, ou à prendre les dispositions pour une hospitalisation ou pour une intervention chirurgicale.

En cas d'indisponibilité de me/nous joindre par téléphone, ou si le temps presse, je dégage/ nous dégageons entièrement la responsabilité du Chef d'établissement qui sera amené à prendre à ma/notre place les décisions nécessaires.

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence. Elle sont susceptibles d'être transmises : aux services médicaux d'urgence, en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés, et dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para médicaux...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie. Pour ces données, vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Signature(s) du/des responsable(s) légal(aux),