



Question santé pour la rentrée 2026-2027

Informations de l'élève

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : _____
- Classe demandée : _____
- Etablissement d'origine : _____
- Commune de résidence : _____
- Responsable légal : _____
- Téléphone : _____

État de santé général

Votre enfant présente-t-il actuellement ou a-t-il déjà présenté un problème de santé ayant une incidence sur sa vie scolaire, familiale ou personnelle : OUI NON

OUI	NON	Situation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme ou difficultés respiratoires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies (alimentaires, médicaments, piqûres...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie ou malaises
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la vue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de l'audition
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculo-squelettiques / dos / articulations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertiges ou pertes d'équilibre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drépanocytose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles psychiques, mentaux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre problème de santé

Si oui, précisez :

Suivi médical et traitements

- L'élève suit-il un traitement médical régulier ?
 OUI NON

Si oui, lequel ? Nom du (ou des) médicament(s) : _____

L'élève porte-t-il : Lunettes Lentilles Appareil auditif Aucun

Aptitude aux activités professionnelles

Certaines activités du bâtiment nécessitent :

- le port d'équipements de protection,
- le travail en hauteur,
- la manipulation d'outils et matériaux,
- le port de charges,
- l'exposition au bruit ou à la poussière.

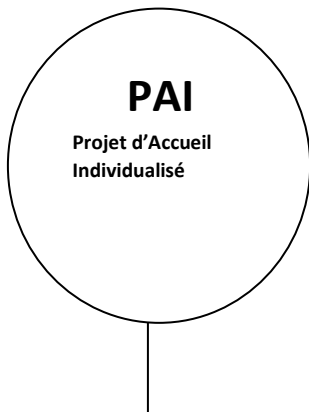
L'élève présente-t-il une contre-indication connue à ces activités ?

OUI NON

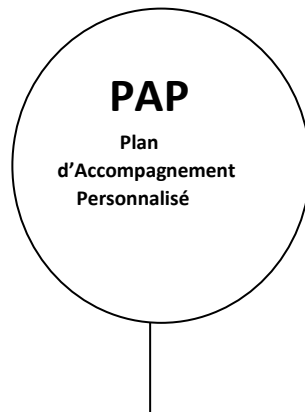
Si oui, précisez :

L'an dernier, votre enfant bénéficiait-il d'un : OUI NON

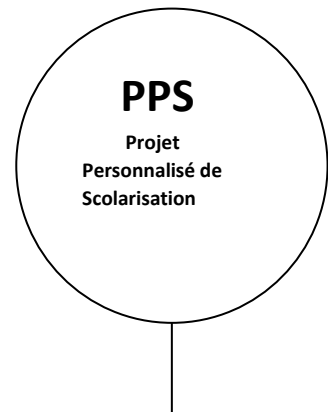
Si oui, cocher le cercle correspondant



SANTÉ (Élève malade)



TROUBLES DES APPRENTISSAGES
Elève « Dys » nécessitant des adaptations
et aménagements pédagogiques



SITUATION DE HANDICAP
reconnu par la MDPH

Personne à contacter en cas d'urgence

- Nom : _____
- Lien avec l'élève : _____
- Téléphone : _____