



DOSSIER MÉDICAL GCP (Confidentiel médical)

Ne pas l'envoyer par la poste

**A remettre en main propre à l'équipe médicale
le jour d'accueil des nouveaux élèves (août 2023)**

Documents à remplir et à signer par vos soins :

- Représentants légaux et correspondants (**remplir à l'ordinateur**). (Doc. n°1)
- Attestation d'engagement (remplir 1 attestation avec chaque correspondant désigné). (Doc. N°2)
- Questionnaire de santé. (Doc. n°3)
- Autorisation parentale de soins (pour les élèves mineurs). (Doc. n°4)

Vous devez apporter les documents originaux de la visite médicale de sélection préalable :

- **Si la visite médicale a été établie par un médecin militaire :**
 - 620-4*/9 : questionnaire médico-biographique
 - 620-4*/10 : certificat médical d'aptitude initiale
 - 620-4*/12 : certificat médico-administratif d'aptitude initiale
- **Si la visite médicale a été établie par un médecin civil :**
 - Déclaration sur l'honneur
 - Attestation médicale
 - Questionnaire de santé
- **Photocopie des VACCINATIONS inscrites à la fin du carnet de santé.**

Chaque élève devra avoir en sa possession tout au long de l'année :

- **CARTE VITALE** (En cours de validité),
- Sa **CARTE de MUTUELLE** complémentaire de santé, (en cours de validité ; à renouveler en cours d'année civile, début janvier 2022),
- Sa **CARTE D'IDENTITÉ**,
- Le **CARNET DE SANTÉ**, avec copie des vaccinations à jour et **des maladies contractées durant l'enfance**



**Sans ce dossier médical COMPLET,
votre enfant ne sera pas admis médicalement à la rentrée.**



DOCUMENT 1 : REPRESENTANTS LEGAUX ET CORRESPONDANTS

ÉLÈVE

Nom : Prénom :
Date de naissance : lieu de naissance (avec le code postal).....
Département de naissance :
N° de téléphone portable personnel :
Email personnel :
N° de sécurité sociale :
Nom de la caisse de sécurité sociale :
Nom de la Mutuelle : N° de la Mutuelle :

REPRÉSENTANTS LÉGAUX

| Responsable légal 1 | Responsable légal 2 |
|-----------------------|-----------------------|
| NOM : | NOM : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| ☎ domicile : | ☎ domicile : |
| ☎ portable : | ☎ portable : |
| ☎ professionnel : | ☎ professionnel : |
| @mail : | @mail : |
| Situation familiale : | Situation familiale : |

CORRESPONDANTS LOCAUX A PRÉVENIR

| Correspondant 1 | Correspondant 2 |
|-------------------|-------------------|
| NOM : | NOM : |
| Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : |
| ☎ domicile : | ☎ domicile : |
| ☎ portable : | ☎ portable : |
| ☎ professionnel : | ☎ professionnel : |
| @mail : | @mail : |
| Lien de parenté : | Lien de parenté : |



DOCUMENT 2 : ATTESTATION D'ENGAGEMENT

Les responsables légaux des élèves mineurs :

- résidant hors de la France métropolitaine ou hors de la région parisienne doivent obligatoirement désigner au minimum un correspondant âgé de plus de 25 ans s'engageant à rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, et en capacité d'assurer la prise en charge immédiate de l'élève ;
- résidant en région parisienne s'engagent, à rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, pour assurer la prise en charge immédiate de l'élève ou désignent au minimum un correspondant âgé de plus de 25 ans en capacité d'agir en leur nom.

La personne identifiée peut changer en cours de scolarité dès lors que ce changement est notifié par écrit au lycée.

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je, soussigné M.⁽¹⁾, Mme⁽¹⁾ :
(nom et prénom du responsable légal ou du correspondant désigné par le responsable légal)

Demeurant à l'adresse suivante :
.....

Téléphone domicile :

Téléphone mobile :

Courriel : @

Déclare agir comme responsable légal⁽¹⁾ ou correspondant⁽¹⁾, de M.⁽¹⁾, Mlle⁽¹⁾ :
.....
(nom et prénom de l'élève)

Et m'engage :

1. A l'héberger :
 - en cas de maladie ;
 - en cas d'exclusion temporaire, partielle ou définitive ;
 - pendant les périodes de fermeture du lycée, s'il ne peut pas retourner au domicile familial.
2. A l'accompagner et/ou le récupérer :
 - lors d'une consultation spécialisée ;
 - lors d'une hospitalisation.

A ce titre, je dois être joignable quels que soient le jour et l'heure afin de rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, pour une prise en charge immédiate de l'élève et j'atteste disposer de l'espace d'hébergement nécessaire pour l'accueillir dans de bonnes conditions.

Nota. Tout manquement dans l'engagement du responsable légal ou du correspondant (désigné par le responsable légal) pendant l'année scolaire, remettra en cause la poursuite de la scolarité de l'élève au sein de l'établissement.

Fait à le
Signature du représentant légal⁽²⁾⁽³⁾ :

Fait à le
Signature du correspondant :

(1) Rayer la mention inutile

(2) Signature des 2 parents s'ils ont la garde partagée

(3) Signature(s) obligatoire(s) même si correspondant désigné



DOCUMENT 2 : ATTESTATION D'ENGAGEMENT

Les responsables légaux des élèves mineurs :

- résidant hors de la France métropolitaine ou hors de la région parisienne doivent obligatoirement désigner au minimum un correspondant âgé de plus de 25 ans s'engageant à rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, et en capacité d'assurer la prise en charge immédiate de l'élève ;
- résidant en région parisienne s'engagent, à rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, pour assurer la prise en charge immédiate de l'élève ou désignent au minimum un correspondant âgé de plus de 25 ans en capacité d'agir en leur nom.

La personne identifiée peut changer en cours de scolarité dès lors que ce changement est notifié par écrit au lycée.

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je, soussigné M.⁽¹⁾, Mme⁽¹⁾ :
(nom et prénom du responsable légal ou du correspondant désigné par le responsable légal)

Demeurant à l'adresse suivante :
.....

Téléphone domicile :

Téléphone mobile :

Courriel : @

Déclare agir comme responsable légal⁽¹⁾ ou correspondant⁽¹⁾, de M.⁽¹⁾, Mlle⁽¹⁾ :
.....
(nom et prénom de l'élève)

Et m'engage :

1. A l'héberger :
 - en cas de maladie ;
 - en cas d'exclusion temporaire, partielle ou définitive ;
 - pendant les périodes de fermeture du lycée, s'il ne peut pas retourner au domicile familial.
2. A l'accompagner et/ou le récupérer :
 - lors d'une consultation spécialisée ;
 - lors d'une hospitalisation.

A ce titre, je dois être joignable quels que soient le jour et l'heure afin de rallier l'établissement sur demande du commandement du lycée, idéalement dans l'heure, pour une prise en charge immédiate de l'élève et j'atteste disposer de l'espace d'hébergement nécessaire pour l'accueillir dans de bonnes conditions.

Nota. Tout manquement dans l'engagement du responsable légal ou du correspondant (désigné par le responsable légal) pendant l'année scolaire, remettra en cause la poursuite de la scolarité de l'élève au sein de l'établissement.

Fait à le
Signature du représentant légal⁽²⁾⁽³⁾ :

Fait à le
Signature du correspondant :

(1) Rayer la mention inutile

(2) Signature des 2 parents s'ils ont la garde partagée

(3) Signature(s) obligatoire(s) même si correspondant désigné



**DOCUMENT 3 : QUESTIONNAIRE DE SANTÉ
(CONFIDENTIEL MEDICAL)**

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :

Ce questionnaire de santé permet au médecin militaire de connaître votre état de santé : il est donc important d'y déclarer **l'ensemble de vos problèmes de santé actuels et passés.**
Vous êtes responsable des informations que vous déclarez.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS DE L'ÉLÈVE

Avez-vous eu les maladies ci-dessous ?

(cocher la case correspondante)

| | Oui | Non | |
|---|------------|------------|---|
| asthme | | | Si oui de quand date la dernière crise : Avez-vous un traitement de fond ? |
| bronchites asthmatiformes | | | |
| tuberculose pulmonaire | | | |
| maladie respiratoire | | | |
| hypertension artérielle | | | |
| maladie cardiaque | | | Si oui, précisez* |
| Maladies infantiles : varicelle, scarlatine, oreillons, rougeole | | | |
| eczémas, maladies de peau | | | |
| méningite, encéphalite | | | |
| ulcère d'estomac | | | si oui, précisez : |
| troubles digestifs | | | |
| diabète | | | |
| maladie rénale | | | |
| épilepsie, convulsions | | | Si oui êtes-vous toujours énurétique : |
| paralysies | | | |
| énurésie | | | |
| encoprésie | | | Si oui êtes-vous toujours encoprétique : |
| somnambulisme | | | si oui, précisez : |
| autre maladie grave | | | |

*fournir photocopie de la page du carnet de santé

Présentez-vous des réactions allergiques ?

(Cocher la case correspondante)

| | Oui | Non | (précisions éventuelles) |
|--|------------|------------|---------------------------------|
| aux pollens, poussières ? | | | |
| à des médicaments, lesquels ? | | | |
| à des vaccins, lesquels | | | |
| à des aliments : | | | si oui, lesquels : |
| à des piqûres d'insectes, de guêpes ou d'hyménoptères ? | | | |
| Avez-vous suivi des tests spécifiques ? | | | |
| Avez-vous un traitement, lequel ? | | | |
| Avez-vous subi une désensibilisation ? | | | |

**ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX DE L'ÉLÈVE**Avez-vous été victime de traumatisme ? Oui - Non (cocher la case correspondante)

si oui, indiquez sur quelle partie du corps et de quelle nature (fracture, entorse, luxation...)

| (cocher la case correspondante) | Oui | Non | (précisions éventuelles) |
|---------------------------------|-----|-----|--------------------------|
| visage | | | |
| thorax | | | |
| abdomen | | | |
| colonne vertébrale | | | |
| épaule | | | |
| membre supérieur | | | |
| bassin | | | |
| membre inférieur | | | |

| (cocher la case correspondante) | Oui | Non | (précisions éventuelles) |
|--|-----|-----|--------------------------|
| Avez-vous subi une appendicectomie ? | | | |
| Avez-vous subi d'autres interventions chirurgicales ? | | | Si oui, lesquelles ? |
| Ces blessures ont-elles entraîné un arrêt scolaire de plus de 3 mois ? | | | |

DOS

| (cocher la case correspondante) | Oui | Non | (précisions éventuelles) |
|--|-----|-----|--------------------------|
| Souffrez-vous de la colonne vertébrale ? | | | |
| si oui, est-ce en permanence ? | | | |
| - après un effort ? | | | |

| (cocher la case correspondante) | Oui | Non | (précisions éventuelles) |
|--|-----|-----|--------------------------|
| les douleurs sont-elles apparues après un accident ? | | | |
| ou spontanément ? | | | |

NEZ – GORGE – OREILLES – YEUX

(cocher la case correspondante)

| | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| Etes-vous sourd ou malentendant ? | | |
| Avez-vous très souvent des angines ou des maux de gorge ? | | |
| Avez-vous eu des otites fréquentes ? | | |
| Avez-vous eu des sinusites fréquentes ? | | |
| Avez-vous subi des interventions ORL (diabolos, ablations des amygdales ou végétations) ? | | |
| porte-t-il des corrections optiques (lunettes, lentilles) ? | | |
| si oui, date du dernier rendez-vous ophtalmologique : _____ / _____ / _____ | | |
| Avez-vous subi une blessure, un traumatisme ou une intervention ophtalmologique ? | | |

**TRAUMATISME CRANIEN**

| | | <i>(cocher la case correspondante)</i> | | Oui | Non |
|---|---------------------------|--|--|------------|------------|
| Avez-vous eu un traumatisme crânien ? | | | | | |
| si oui, avez-vous perdu connaissance ? | | | | | |
| | si oui, un jour et plus ? | | | | |
| | ou quelques heures ? | | | | |
| | ou quelques minutes ? | | | | |
| Y a-t-il eu fracture du crâne ? | | | | | |
| Avez-vous été hospitalisé pour ce traumatisme crânien ? | | | | | |
| Souffrez-vous encore des suites de ce traumatisme ? | | | | | |

AUTRES EVENEMENTS DE SANTE

| | | <i>(cocher la case correspondante)</i> | | Oui | Non |
|--|--|--|--|------------|------------|
| Avez-vous présenté des difficultés psychologiques ? | | | | | |
| | si oui, avez-vous été suivi par un psychologue ? | | | | |
| | ou un psychiatre ? | | | | |
| Avez-vous présenté des pertes de connaissances (évanouissements, syncopes, malaises) ? | | | | | |
| Avez-vous présenté des crises de nerf ou des colères violentes ? | | | | | |
| Avez-vous présenté des crises d'angoisse ? | | | | | |
| Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ? | | | | | |
| Avez-vous présenté des troubles alimentaire ? | | | | | |
| Etes-vous encore suivi par un spécialiste ? | | | | | |
| Vous êtes-vous infligé des blessures volontaires ? | | | | | |

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

| | | <i>(cocher la case correspondante)</i> | | Oui | Non | |
|---|--|--|--|------------|------------|--|
| Etes-vous exempt de sport pour raisons médicales ? | | | | | | |
| Pratiquez-vous un ou des sports ? | | | | | | |
| Si oui, précisez lesquels : | | | | | | |
| Avez-vous eu un bilan ou un suivi par un orthophoniste ? | | | | | | |
| Si oui est-il toujours en cours ? fournir une copie du dernier bilan | | | | | | |
| Avez-vous un trouble déficitaire de l'attention (TDA/H) | | | | | | |
| Si oui, avez-vous un traitement ? lequel : | | | | | | |

SANTÉ ACTUELLE

| | | <i>(cocher la case correspondante)</i> | | Oui | Non | |
|--|--|--|--|------------|------------|------------|
| Avez-vous été gravement malade depuis 1 an ? | | | | | | Précisez : |
| Suivez-vous un traitement médical actuellement ? | | | | | | Précisez : |
| MEDECIN TRAITANT | | | | | | |
| NOM - Prénom | | | | | | |
| Adresse | | | | | | |
| Tel - Courriel | | | | | | |



P.A.I (Projet Accueil Individualisé)/P.A.P (Plan Accompagnement Personnalisé)

| (cocher la case correspondante) | Oui | Non | |
|--|-----|-----|--|
| Bénéficiez-vous actuellement d'un PAI | | | Si oui, souhaitez-vous le reconduire : |
| Bénéficiez-vous actuellement d'un PAP | | | Si oui, souhaitez-vous le reconduire : |
| Merci de nous joindre une copie du P.A.I, P.A.P de l'année dernière | | | |

En cas d'allergie alimentaire ou maladie chronique (ex : l'asthme, le diabète...) évoluant sur une longue période, un P.A.I doit être mis en place. Merci de prendre rendez-vous auprès de votre médecin traitant (ou spécialiste) pendant les vacances d'été (avant la rentrée scolaire). Il devra alors remplir les documents du dossier P.A.I.

Dans le dossier P.A.I, vous trouverez en première page une lettre explicative qui vous explique comment mettre en œuvre un P.A.I. Il faudra venir le jour de la rentrée scolaire avec le P.A.I rempli par médecin traitant (ou spécialiste) ainsi que les deux troussees d'urgence.

TRAITEMENTS EN COURS

Prenez-vous régulièrement :

| (Cocher la case correspondante) | Oui | Non | |
|--|-----|-----|--|
| Un moyen de contraception, si oui lequel ? | | | |
| Médicaments contre l'asthme, si oui lesquels ? | | | |
| Autres médicaments, si oui, lesquels ? | | | |

Apportez les traitements en cours et l'ordonnance le jour de l'incorporation

Informations complémentaires que vous estimez nécessaires de porter à la connaissance de l'antenne médicale :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e)....., certifie sur l'honneur :

- avoir répondu de façon sincère à ce questionnaire médical et ne pas avoir connaissance de problèmes de santé autres que ceux signalés ici.

A....., le

Signature du représentant légal 1 (élève mineur)

Signature du représentant légal 2 (élève mineur)

Signature de l'élève



DOCUMENT 4 : AUTORISATION PARENTALE DE SOINS
(pour les élèves mineurs).

Nom : Prénom :
Date de naissance :

Nous soussignons**et**
Représentants légaux de l'élève.....

| | domicile | Portable | professionnel |
|----------------------|----------|----------|---------------|
| Représentant légal 1 | | | |
| Représentant légal 2 | | | |

AUTORISONS

N'AUTORISONS PAS

Notre enfant à aller consulter librement à la 14^{ème} Antenne Médicale (Lycée Militaire St Cyr l'Ecole).

AUTORISONS

N'AUTORISONS PAS

Le suivi médical de notre enfant par le personnel médical, para et péri médical travaillant au profit de la 14^{ème} Antenne Médicale (St Cyr l'Ecole) du 2^{ème} Centre Médical des Armées de Versailles.

L'autorisation de « suivi médical par l'antenne médicale » ne dégage absolument pas les parents ou le tuteur de leur autorité, de leur responsabilité et de leurs obligations parentales légales en matière de santé vis à vis de leur enfant.

En l'absence de tout caractère d'urgence, le transport de votre enfant sera effectué par les représentant légaux ou les correspondants. **Aucun transport ne sera réalisé par l'antenne médicale.**
En cas d'urgence, le SAMU assurera le transport.

Cette autorisation est valable tout au long de la scolarité de votre enfant au sein du lycée militaire de Saint Cyr l'école. En cas de changement d'avis de votre part en cours de scolarité, renvoyez-nous une nouvelle autorisation rempli par vos soins.

A....., le

Signature du représentant légal 1
(Obligatoire)

Signature du représentant légal 2
(obligatoire)