



DOSSIER MÉDICAL

(Confidentiel médical)

Ne pas l'envoyer par la poste

A remettre en main propre à l'équipe médical, le jour d'accueil des nouveaux élèves (août 2022)

Documents à remplir et à signer par vos soins :

- Représentants légaux et correspondants (**remplir à l'ordinateur**) (Doc. n°1)
- Questionnaire de santé (Doc. n°2)
- Autorisation parentale de soins (pour les élèves mineurs). (Doc. n°3)
- CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION pour le stage de PMT (Doc. n°4)

P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) (CF : dossier P.A.I)

- Pour les élèves ayant une pathologie nécessitant un traitement d'urgence **vous devez prendre RDV auprès de votre médecin ou spécialiste afin de faire remplir un P.A.I**

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

- Son **ATTESTATION** de droits à la sécurité sociale ou de C.M.U, et pour les plus de 16 ans, de sa **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**,
- Prévoir un peu d'argent pour d'éventuels frais médicaux (pharmacie, laboratoire...) ou de transport.



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 (ainsi que le code postal) :
N° de téléphone portable personnel :
Email personnel :
N° 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 :

CORRESPONDANTS LOCAUX A PRÉVENIR

Correspondant 1	Correspondant 2
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
☎ domicile :	☎ domicile :
☎ portable :	☎ portable :
☎ professionnel :	☎ professionnel :
@mail :	@mail :



DOCUMENT 2 : 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 ou bronchites asthmatiformes			
tuberculose pulmonaire			
maladie respiratoire			
hypertension artérielle			
maladie cardiaque			
Maladies infantiles : varicelle, scarlatine, oreillons, rougeole			Si oui, précisez*
eczémas, maladies de peau			
méningite, encéphalite			
ulcère d'estomac			
troubles digestifs			si oui, précisez :
diabète			
maladie rénale			
épilepsie, convulsions			
paralysies			
énurésie			Si oui êtes-vous toujours énurétique :
encoprésie			Si oui êtes-vous toujours encoprétique :
somnambulisme			
autre maladie grave			si oui, précisez :

*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 ?			

TROUBLES PSYCHOLOGIQUES

		<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 :



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

<i>(cocher la case correspondante)</i>	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 trousse d'urgence.

TRAITEMENTS EN COURS

Prenez-vous régulièrement :

<i>(Cocher la case correspondante)</i>	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 3 : AUTORISATION PARENTALE DE SOINS

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)



2^{ème} Centre Médical des Armées de Versailles 14^{ème} Antenne Médicale de Saint Cyr l'Ecole



**DOCUMENT 4 : CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION POUR
LE STAGE DE PMT, établi par le médecin traitant
(ELEVE DE PREMIERE STIDD)**

Je soussignée,

Docteur en médecine, certifie, après **examen ce jour et au vu de son carnet de santé et de vaccinations** que :

NOM :

Prénom :

Né le : / /

- Ne présente à ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique sportive en général, y compris en compétition (article L. 231-2 de la loi relative au code du sport),
- Ne présente pas à ce jour de contre-indication à la vie en collectivité ;
- Est à jour dans ses vaccinations légales obligatoires.

Le présent certificat, **valable un an** et établi à la demande de l'intéressé, est remis en main propre pour faire valoir ce que de droit (article L. 231-2 de la loi relative au code du sport).

A, le

Signature et cachet du médecin traitant :