

# FICHE INFIRMERIE BTS

**NOM ET PRÉNOM DE L'ETUDIANT :**

PHOTO

CLASSE POUR L'ANNÉE 2023-2024

☐ BTS CG      PREMIERE ANNEE

☐ BTS CG      DEUXIEME ANNEE

☐ BTS GTLA      PREMIERE ANNEE

☐ BTS GTLA      DEUXIEME ANNEE

☐ BTS ATI      PREMIERE ANNEE

☐ BTS ATI      DEUXIEME ANNEE

☐ BTS TOU.      PREMIERE ANNEE

☐ BTS TOU.      DEUXIEME ANNEE

**Nom et téléphone des personnes à prévenir – lien de parenté (en cas d'hospitalisations)**

.....  
.....  
.....  
.....

## PROBLÈMES DE SANTÉ

Asthme    NON ☐      OUI ☐

Diabète    NON ☐      OUI ☐

Épilepsie    NON ☐      OUI ☐

Pathologie chronique    NON ☐      OUI ☐

Allergie    NON ☐      OUI ☐ si oui à quoi ? .....

Autre(s) problème(s) de santé ayant des répercussions sur la scolarité :

.....  
.....

Suivez-vous un traitement    ☐ NON      ☐ OUI      Si oui, préciser .....

.....

Date du dernier rappel DT Polio : .....

(Joindre une copie des vaccinations)

**NOM DU MÉDECIN TRAITANT :**

**VILLE :**

## Avez-vous bénéficié d'aménagement de scolarité ?

*\*Merci de nous transmettre tous les documents et de prendre rendez-vous*

☐ **P**rotocol d'**A**ccueil **I**ndividualisé (pathologies chroniques, troubles de la santé)

☐ **P**lan d'**A**ccompagnement **P**ersonnalisé (troubles des apprentissages type dyslexie, dysorthographe ....)

☐ **P**lan **P**ersonnalisé de **S**colarisation (reconnaissance MDPH)

Avez-vous eu des aménagements pour le bac    OUI ☐    NON ☐

\* Joindre la photocopie de la carte vitale de l'étudiant et de la mutuelle

**SIGNATURE :**