

Année scolaire : 2026-2027

Je soussigné(e)..... Certifie l'exactitude des informations suivantes concernant l'élève.....

ALLERGIES CONNUES OUI NON

Si oui la ou lesquelles

PATHOLOGIE CHRONIQUE OU INVALIDANTE OUI NON

Si oui la ou lesquelles

Traitement médicaux/suivis

Désirez-vous bénéficier d'un projet d'accueil individualisé « **PAI.** » ? OUI NON

Si oui, **prendre contact avec l'infirmière** du lycée au **0262 53 22 46**

Votre enfant est-il connu de la MDPH ? OUI NON

Bénéficie-t-il d'un projet personnalisé de scolarisation « **PPS** » ? OUI NON

MÉDECIN TRAITANT :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux importants à signaler.....

.....

L'élève doit être à jour de ses VACCINATIONS OBLIGATOIRES.

(Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé pour l'inscription)

Le représentant légal :

Date :

Signature :