



Ne pas l'envoyer par la poste

DOSSIER MÉDICAL STI2D 2024-2025

(Confidentiel médical)

**Tous les documents ci-dessous sont à transmettre par mail à l'adresse suivante : cma02-am014.contact.fct@intradef.gouv.fr
objet : NOM – PRENOM – CLASSE
avant le **14/07/2024****

Documents à remplir

- **Document n°1** : Représentants légaux et correspondants (page 2)
- **Document n°2** : Attestation d'engagement correspondant n°1 et n°2 (page 3 et 4)
- **Document n°3** : Questionnaire de santé (pages 5, 6, 7 et 8)
- **Document n°4** : Projet d'Accueil Individualisé / Traitement en cours (page 8)
- **Document n°5** : Autorisation parentale de soins (page 9)
- **Document n°6** : certificat médical de non contre-indication pour le stage de PMT (page 10)

à transmettre
en un seul
document

Documents à fournir

- **Document (7)** : Certificat de non contre-indication à la **pratique du sport** et à la **vie en collectivité**
- **Document (8)** : **Attestation de droits** à la sécurité sociale ou de **C.M.U**
- **Document (9)** : Copie des pages **vaccinations, hospitalisations et maladies infantiles** du carnet de santé

Informations

Être en possession tout au long de l'année :

- **Carte vitale (si + de 16ans),**
- **Carte de mutuelle (en cours de validité ; à renouveler début janvier 2025),**
- **Carte d'identité,**
- **Prévoir un peu d'argent pour d'éventuels frais médicaux (pharmacie, laboratoire...) ou de transport.**

Il se peut qu'une fois le dossier traité par nos soins, un médecin vous propose une téléconsultation pour d'éventuelles précisions



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 CORRESPONDANT N°1

Les responsables légaux des élèves mineurs :

- résidant hors de la France métropolitaine ou hors de la région parisienne doivent obligatoirement désigner **DEUX correspondants** âgés 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 CORRESPONDANT N°2

Les responsables légaux des élèves mineurs :

- résidant hors de la France métropolitaine ou hors de la région parisienne doivent obligatoirement désigner **DEUX correspondants** âgés 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 l'état de santé de votre enfant :

Il est donc important d'y déclarer **l'ensemble de ses problèmes de santé actuels et passés.**

Vous êtes responsable des informations que vous déclarez.

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS DE L'ÉLÈVE

A-t-il eu les maladies ci-dessous ?

<i>(cocher la case correspondante)</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	
asthme ou bronchites asthmatiformes			
tuberculose pulmonaire			
maladie respiratoire			
hypertension artérielle			
maladie cardiaque			
Maladie 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 est-il toujours énurétique :
encoprésie			Si oui est-il toujours encoprétique :
sommambulisme			
autre maladie grave			si oui, précisez :

*fournir photocopie de la page du carnet de santé

Présente-t-il des réactions allergiques ?

<i>(Cocher la case correspondante)</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>(précisions éventuelles)</i>
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 ?			
a-t-il eu des tests spécifiques ?			
a-t-il un traitement, lequel ?			
a-t-il subi une désensibilisation ?			

**ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX DE L'ÉLÈVE**

A-t-il 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...)

<i>(cocher la case correspondante)</i>	Oui	Non	(précisions éventuelles)
visage			
thorax			
abdomen			
colonne vertébrale			
épaule			
membre supérieur			
bassin			
membre inférieur			

<i>(cocher la case correspondante)</i>	Oui	Non	(précisions éventuelles)
A-t-il subi une appendicectomie ?			
A-t-il subi d'autres interventions chirurgicales ?			<i>Si oui, lesquelles ?</i>
Ces blessures ont-elles entraîné un arrêt scolaire de plus de 3 mois ?			

DOS

<i>(cocher la case correspondante)</i>	Oui	Non	(précisions éventuelles)
souffre-t-il de la colonne vertébrale ?			
si oui, est-ce en permanence ?			
- après un effort ?			

<i>(Cocher la case correspondante)</i>	Oui	Non	(précisions éventuelles)
les douleurs sont-elles apparues après un accident ?			
ou spontanément ?			

NEZ – GORGE – OREILLES – YEUX

<i>(cocher la case correspondante)</i>	Oui	Non
est-il sourd ou malentendant ?		
a-t-il très souvent des angines ou des maux de gorge ?		
a-t-il ou a-t-il eu des otites fréquentes ?		
a-t-il ou a-t-il eu des sinusites fréquentes ?		
a-t-il 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 :/...../.....		
A-t-il subi une blessure, un traumatisme ou une intervention ophtalmologique ?		

**TRAUMATISME CRANIEN**

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

AUTRES EVENEMENTS DE SANTE

		<i>(cocher la case correspondante)</i>	
		Oui	Non
a-t-il présenté des difficultés psychologiques ?			
	si oui, a-t-il été suivi par un psychologue ?		
	ou un psychiatre ?		
a-t-il présenté des pertes de connaissances (évanouissements, syncopes, malaises) ?			
a-t-il présenté des crises de nerf ou des colères violentes ?			
a-t-il présenté des crises d'angoisse ?			
a-t-il fait une ou plusieurs tentatives de suicide ?			
a-t-il présenté des troubles alimentaire ?			
est-il encore suivi par un spécialiste ?			
S'est-il infligé des blessures volontaires ?			

RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS

<i>(cocher la case correspondante)</i>	Oui	Non
est-il exempt de sport pour raisons médicales ?		
Pratique-t-il un ou des sports ?		
si oui, précisez lesquels :		
a-t-il eu un bilan ou un suivi par un orthophoniste ?		
Si oui est-il toujours en cours ? fournir une copie du dernier bilan		
a-t-il un trouble déficitaire de l'attention (TDA/H)		
Si oui a-t-il un traitement ? lequel :		

SANTÉ ACTUELLE

<i>(cocher la case correspondante)</i>	Oui	Non
a-t-il été gravement malade depuis 1 an ?		
suit-il un traitement médical actuellement ?		

MEDECIN TRAITANT

NOM - Prénom	
Adresse	
Tel - Courriel	



DOCUMENT 4 :

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) /
PLAN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE (PAP)**

(cocher la case correspondante)

Oui Non

Bénéficie-t-il actuellement d'un P.A.I *			Si oui souhaitez-vous le reconduire :
Bénéficie-t-il actuellement d'un P.A.P			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) afin qu'il **remplisse les documents du dossier P.A.I fourni par le Lycée.**

Dans le dossier P.A.I, vous trouverez en première page une lettre explicative sur comment mettre en œuvre un P.A.I.

Il faudra venir le jour de la rentrée scolaire avec ce dossier ainsi que les deux troussees d'urgence (une pour votre enfant l'autre pour nous).

TRAITEMENTS EN COURS

L'élève prend-il régulièrement

(Cocher la case correspondante)

Oui Non

Un moyen de contraception, si oui lequel ?			
Médicaments contre l'asthme si oui lesquels ?			
Autres, 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
(obligatoire)**

**Signature du représentant légal 2
(obligatoire)**

**Signature de l'élève
(obligatoire)**



DOCUMENT 5 : 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 et avoir un suivi médical par le personnel médical, para et péri médical travaillant à la 14^{ème} Antenne Médicale (St Cyr l'Ecole) du 2^{ème} Centre Médical des Armées de Versailles.
- L'antenne médicale à prendre en cas de nécessité toutes mesures utiles :
 - pour une hospitalisation,
 - pour une opération chirurgicale d'urgence.

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 remplie par vos soins.

A....., le

**Signature du représentant légal 1
(Obligatoire)**

**Signature du représentant légal 2
(obligatoire)**



**DOCUEMENT 5 : CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
POUR LE STAGE DE PMT**

(élèves de première STI2D)

A faire par le MEDECIN TRAITANT

Je soussignée,

Docteur en médecine, certifié, 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 :