



INSTITUTION  
SAINTE CATHERINE

**COLLÈGE ~ LYCEE GÉNÉRAL ET TECHNOLOGIQUE SAINTE-CATHERINE**

Établissement sous contrat d'association avec l'État  
2 Chemin de Velours - 47300 VILLENEUVE SUR LOT

Téléphone : 05 53 49 19 95  
@ : [isc@stecatherine.org](mailto:isc@stecatherine.org)  
Site internet : [www.institution-sainte-catherine.fr](http://www.institution-sainte-catherine.fr)

**FICHE D'INFORMATIONS MÉDICALES 2026-2027**

**L'ÉLÈVE \***

Nom : ..... Prénom:..... Classe: ..... Date de naissance:...../...../.....

**REPRÉSENTANTS LÉGAUX (ou parents pour l'élève majeur\*)**

Responsable légal 1:

Nom: .....

Prénom: .....

Adresse:.....

Téléphone fixe: .....

Téléphone portable : .....

Numéro professionnel: .....

Responsable légal 2:

Nom: .....

Prénom:.....

Adresse:.....

Téléphone fixe :.....

Téléphone portable : .....

Numéro professionnel: .....

En cas d'accident, de maladie ou d'urgence médicale, notre établissement s'efforcera de vous prévenir dans les plus brefs délais. Pour ce faire, nous vous remercions de compléter les coordonnées ci dessus.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, les services d'urgence contactés par l'établissement pourront orienter et transporter l'élève vers l'établissement de soins le plus adapté.

**ALLERGIE À SIGNALER:**

Allergie alimentaire: .....

Allergie médicament ou molécule : .....

**INTERVENTION CHIRURGICALE OU PATHOLOGIE** (ayant un impact sur la vie quotidienne de l'élève):

Intervention chirurgicale :.....

Pathologie que vous souhaitez signaler:

**VACCINATIONS OBLIGATOIRES \***

Diphtérie, tétanos, poliomyélite.

Depuis 2018: haemophilus influenzae B, coqueluche, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, méningocoqueC, pneumocoque.

**AUTRES VACCINATIONS NON OBLIGATOIRES:** date du dernier rappel

**Merci de joindre la copie du certifiat du carnet de santé.**

**Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication\***

**INFORMATIONS CONCERNANT UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE** (présence d'un handicap, mise en place d'un plan d'accueil individualisé (PAI), mise en place d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS):  
Fournir les dossiers des années précédentes, les justificatifs et notifications MDPH et tous documents nécessaires.

PAI (médical/santé)  PPRE  PAP  PPS (notification MDPH)

**AUTRES INFORMATIONS / DONNÉES:** vous pouvez nous communiquer tous autres documents ou informations que vous jugez nécessaires à nous transmettre.

En tant que titulaire de l'autorité parentale, nous acceptons que ces données fassent l'objet d'un traitement par l'établissement dans le seul but d'assurer le suivi de notre enfant :

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence en cas d'accident scolaire ou de maladie.

Les données relatives aux vaccinations obligatoires sont collectées conformément aux dispositions de l'article R3111-8 du code de la santé publique.

Les données relatives aux vaccinations non obligatoires ainsi qu'aux informations concernant une prise en charge spécifique de l'élève sont collectées conformément à l'intérêt légitime de l'établissement.

Enfin, les données relatives à un suivi sanitaire ou psychologique ne sont collectées qu'avec le consentement des responsables légaux et/ou de l'élève majeur : vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de ces données-là.

Toutes les données collectées par le biais de ce formulaire sont susceptibles d'être transmises aux destinataires suivants :

- service médical / d'infirmerie de l'établissement,
- services médicaux d'urgence,
- membres de l'équipe éducative et pédagogique de l'établissement directement concernés,
- dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux,...).

Les données sont conservées pendant deux ans à compter du départ de l'élève de l'établissement.

Vous déclarez que les données de santé mentionnées sur ce formulaire sont exactes et à jour.

Par ailleurs, vous vous engagez à informer l'établissement de toute modification dans la situation médicale de l'élève, telle que déclarée dans la présente fiche.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données

Vous pouvez également exercer votre droit à la portabilité de vos données. Consultez le site [cnil.fr](http://cnil.fr) pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le Chef d'établissement par mail : [isc@stecatherine.org](mailto:isc@stecatherine.org) . Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

A ....., le .....

Signature des responsables légaux / de l'élève majeur