

## Mise en œuvre de la RGPD à l'ISETA relative aux données de santé

Les données de santé figurant sur le document ci-après sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et para-médicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

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

Signature du responsable légal

NOM Prénom de l'apprenant : .....

Classe : .....

## FICHE MÉDICALE

**Dans l'intérêt de votre enfant, il est important que cette fiche soit parfaitement complétée**

**Pour information, l'ISETA n'est pas autorisé à délivrer un médicament à votre enfant (quel qu'il soit).**

- Votre enfant raconte-t-il des problèmes particuliers (allergie, régime, hyperactivité,...) ?

oui  non si oui, lequel : .....

- Votre enfant est-il soumis à une prise de médicaments quotidienne ?

oui  non si oui, lequel : .....

**Si vous avez répondu oui à au moins un des deux questions, mise en place d'un PAI obligatoire (Projet d'Accueil Individualisé)**

Merci de prendre RDV avec le responsable de site

- Votre enfant rencontre-t-il des difficultés liées aux apprentissages (dyslexie, dyscalculie, ...) ?

oui  non si oui, lesquelles : .....

- Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAP (*plan d'accompagnement personnalisé*) ?

oui  non

- Votre enfant est-il suivi par la MDPH (*Maison Départementale des Personnes Handicapées*)

oui  non

- A-t-il déjà bénéficié d'un aménagement d'épreuves ?

oui  non

- Souhaitez-vous déposer une demande auprès de la MDPH pour l'aménagement des épreuves d'examens ?

oui  non

- Un/une AVS intervient-elle actuellement auprès de votre enfant ?

oui  non

- Si oui, souhaitez-vous qu'il continue à en bénéficier ?

oui  non

**Merci d'annexer les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé de votre enfant.**

## AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Je soussigné,

M. Mme (nom et prénom) : .....

Responsable légal de : .....

apprenant à l'ISETA autorise l'établissement à faire pratiquer à mon fils (ma fille) tous les soins ou interventions chirurgicales que nécessiterait son état en cas de maladie ou d'accident.

Fait à ..... le ..... Signature

L'Etablissement s'engage à contacter le plus rapidement possible la famille. Cette autorisation est étendue aux périodes de stage obligatoire.